



**HAL**  
open science

# Enjeux et fonctionnements familiaux dans le Trouble Déficitaires de l'Attention/Hyperactivité chez les enfants et les adolescents. Revue de la littérature et illustrations cliniques

Doriane Ferreira

## ► To cite this version:

Doriane Ferreira. Enjeux et fonctionnements familiaux dans le Trouble Déficitaires de l'Attention/Hyperactivité chez les enfants et les adolescents. Revue de la littérature et illustrations cliniques. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02139542

**HAL Id: dumas-02139542**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02139542>**

Submitted on 24 May 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

FERREIRA Doriane

NEE LE 15 Juin 1989 A SAINT-MAURICE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 Avril 2019

**Enjeux et fonctionnements familiaux dans le Trouble Déficitaire de  
l'Attention/Hyperactivité chez les enfants et les adolescents.  
Revue de la littérature et illustrations cliniques.**

Présidente du jury : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

Membres du jury : Madame le Professeur Gisèle APTER  
Madame le Professeur Véronique MERLE  
Madame le Docteur Myriam WAGHEMACKER-LARSON  
Monsieur le Docteur Basile GONZALES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Basile GONZALES

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoît VEBER**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie

Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
<b>MUIR</b> ( <i>surencombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>surencombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> ( <i>surencombre</i> )	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNQC</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mme Anaïs <b>SOARES</b>	Bactériologie
-------------------------	---------------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Sophie <b>MOHAMED</b>	Chimie Organique
---------------------------	------------------

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*    *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Remerciements

A Madame le Professeur GERARDIN,  
Pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse,  
Pour la richesse et la qualité de l'enseignement prodigué tout au long de mon internat,  
Veuillez trouver ici toute ma gratitude et mon profond respect.

A Madame le Professeur APTER et Madame le Professeur MERLE,  
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail de thèse, je vous adresse  
mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur WAGHEMACKER-LARSON,  
Pour l'honneur que vous me faite de participer à mon jury de thèse, veuillez trouver  
ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GONZALES,  
Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre écoute, vos conseils et votre  
bienveillance,  
Pour m'avoir accueillie au sein de votre service, pour les connaissances que vous  
m'avez fait partager,  
Pour m'avoir redonné confiance dans les moments de doute,  
Je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements.

Je remercie également l'équipe du centre d'entretiens et de thérapies familiales de Rouen ainsi que le Dr BUFFIERE au CMPP Sévigné, pour avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire d'évaluation.

Merci à toutes les équipes médicales et infirmières qui m'ont accueillie dans leurs services au cours de ces quatre années d'internat et pour m'avoir accompagnée dans l'apprentissage de la plus belle des spécialités médicales... En particulier le Dr Abekhzer, le Dr Miranda-Marchand, le Dr Galmel, le Dr Verna, le Dr Langlois-Protais, le Dr Legrand et le Dr Pasquier.

Une pensée particulière aux psychologues du CMP enfants de Petit Quevilly, Nathalie et Carole, pour votre gentillesse et votre soutien au cours de mon stage et après.

A tous mes co-internes, merci pour le soutien, l'écoute et l'entraide apportés au cours de notre formation, dans les bons moments comme dans la difficulté et spécialement un grand merci à Barbara, Elodie, Camille et bien sûr Esther pour avoir participé à rendre cet internat inoubliable.

Pour finir je remercie mes parents, Danielle et Francis, pour les valeurs que vous m'avez transmises et pour votre appui dans les moments de découragement, ma sœur, Célia pour tous ces fous rires et ta présence attentive dès que j'en avais besoin, et Pascal pour tes conseils bienveillants. Ainsi que pour tout votre amour et votre soutien sans faille tout au long de mes longues études, quelques soit les épreuves que nous avons pu traverser, vous avez toujours été là.

Bien sûr un grand merci à toi Julien, pour ton amour, ton écoute et ta patience, pour avoir supporté mes sautes d'humeur et nombreuses manies mais aussi pour tous ces moments de joie et complicité. Et pour notre petit prince, Charlie, notre rayon de soleil de chaque jour.

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	p.16
<b>I- Trouble Déficitaire de l'Attention / Hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent, généralités</b> .....	p.17
A) <u>Histoire</u> .....	p.17
B) <u>Diagnostic</u> .....	p.18
1) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition / DSM V.....	p.18
2) Classification Internationale des maladies, 10ème édition / CIM 10.....	p.21
3) Échelles spécifiques.....	p.22
C) <u>Épidémiologie</u> .....	p.23
D) <u>Hypothèses étiopathogéniques</u> .....	p.23
1) Hypothèse psychopathologique.....	p.23
a) Approche cognitivo-comportementale.....	p.23
b) Approche psychodynamique.....	p.27
2) Hypothèse neurologique.....	p.29
3) Hypothèse génétique.....	p.29
4) Hypothèse environnementale.....	p.30
E) <u>Comorbidités psychologiques</u> .....	p.31
1) Trouble des apprentissages.....	p.31
2) Trouble Oppositionnel avec Provocation et Troubles des conduites.....	p.32
3) Trouble sévère de la régulation émotionnelle et comportementale.....	p.32
4) Trouble anxio-dépressif.....	p.33
5) Abus de substance.....	p.33
6) Trouble du Spectre Autistique.....	p.34
7) Trouble Obsessionnel Compulsif.....	p.34
8) Syndrome Gilles de la Tourette.....	p.34
F) <u>Évolution / Pronostic</u> .....	p.34
<b>II- Trouble Déficitaire de l'Attention / Hyperactivité et théorie de l'attachement</b> .....	p.36
A) <u>Concept du système d'attachement</u> .....	p.36
B) <u>Les styles d'attachement</u> .....	p.38
C) <u>TDAH, lien avec l'attachement</u> .....	p.39
1) Régulation émotionnelle et tempérament.....	p.39

2)	Style d'attachement dans le TDAH.....	p.40
a)	Du coté des enfants.....	p.40
b)	Du coté des parents.....	p.41
3)	Vulnérabilité commune entre attachement et TDAH.....	p.41
4)	TDAH et caregiving parental, impact sur la dynamique familiale.....	p.42
D)	<u>Comorbidités du TDAH et pathologies de l'attachement</u> .....	p.44
III-	<b>Prise en charge</b> .....	p.45
A)	<u>Traitement médicamenteux</u> .....	p.46
1)	Psychostimulants.....	p.46
2)	Traitement non psychostimulant.....	p.49
a)	L'atomoxétine.....	p.49
b)	Les antidépresseurs tricycliques.....	p.50
c)	La dexamphétamine.....	p.50
d)	La clonidine.....	p.50
B)	<u>Prises en charge non médicamenteuses</u> .....	p.51
1)	Thérapie cognitivo-comportementale / remédiation cognitive.....	p.51
2)	Intérêt des thérapies d'inspiration psychanalytique.....	p.54
3)	Le travail avec la famille.....	p.55
a)	Psychoéducation et guidance parentale.....	p.56
b)	Groupes d'habilités parentales.....	p.58
c)	Les thérapies familiales.....	p.61
c1)	Approche systémique.....	p.63
c2)	Approche cognitivo-comportementale.....	p.64
c3)	Approche psychodynamique.....	p.66
d)	A partir d'un questionnaire pour les thérapeutes familiaux de Rouen.....	p.67
d1)	Au CETF.....	p.67
d2)	Au CMPP.....	p.69
IV-	<b>Vignettes cliniques</b> .....	p.70
A)	<u>Valentin</u> .....	p.70
B)	<u>Arthur</u> .....	p.75
V-	<b>Discussion</b> .....	p.80
	<b>Conclusion</b> .....	p.82
	<b>Bibliographie</b> .....	p.84
	<b>Annexes</b> .....	p.93

# Introduction

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble développemental d'origine multifactorielle et un des motifs les plus fréquents de consultation pédopsychiatrique.

Sa clinique repose sur une triade symptomatique : inattention / hyperactivité / impulsivité. Ces caractéristiques peuvent apparaître dès les premières années de vie et parfois persistent à l'âge adulte. Il s'agit donc d'un enjeu de santé publique majeur pouvant avoir des conséquences délétères sur le développement de l'enfant, mais aussi sur les relations sociales et en particulier sur l'entourage immédiat, parents et fratrie.

Aujourd'hui le traitement médicamenteux s'avère le traitement le plus utilisé dans le TDAH. Toutefois plus de 30 % des patients n'y répondent pas ou ne le tolèrent pas. Il apparaît donc nécessaire de développer d'autres modalités de traitements. Une prise en charge multimodale incluant patient et famille pourrait s'avérer bénéfique.

De nombreuses recherches ont trouvé un lien entre l'apparition du trouble et la qualité de l'attachement mis en place au cours des interactions précoces (1). La qualité des interactions familiales, dont la sécurité de l'attachement, est une composante qui semble limiter les complications évolutives du TDAH.

La particularité du travail en pédopsychiatrie est la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent dans son environnement, familial et scolaire. Ici on va s'intéresser plus particulièrement à sa famille. Dans de très nombreuses situations l'amélioration de l'état clinique de l'enfant, passe en partie par l'amélioration des relations intra familiales. D'où l'intérêt d'une psychoéducation à la fois tournée vers l'enfant mais aussi vers ses proches et l'importance d'une guidance parentale pour favoriser la compréhension des troubles et limiter leur impact négatif au quotidien.

En ce qui concerne le TDAH, afin de soutenir la parentalité dans les familles à risques, ces dernières années, de nombreux programmes se sont développés, axés sur le développement d'habiletés parentales (2) (3) (4). Ils ont démontré une efficacité quant à la réduction de la sévérité des symptômes et de l'harmonisation des relations familiales.

Ce trouble affecte aussi bien les interactions enfant/parents que parents/enfant. Tous les membres de la famille sont pris dans un réseau de relations douloureuses.

La thérapie familiale met en jeu des soutiens, soutien au groupe familial et à chacun des membres individuellement. Elle a déjà montré son efficacité dans de nombreuses pathologies psychiatriques aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

L'objectif de ce travail de thèse est de mettre en évidence, par une revue de la littérature, les enjeux familiaux dans le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité et les outils en lien à développer dans le cadre d'une prise en charge multimodale du trouble. Nous terminerons par une évaluation de la pratique des thérapeutes familiaux de Rouen dans le TDAH et l'illustration d'un étayage familial à travers deux cas cliniques.

## **I- Trouble Déficitaire de l'Attention / Hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent, généralités**

### **A) Histoire :**

S'il semble que l'engouement du grand public et des médias pour le diagnostic de TDA/H date plutôt de la deuxième moitié du XXème siècle, sa reconnaissance sur le plan diagnostique clinique et psychiatrique trouve des racines il y a déjà plusieurs centaines d'années. Dans son livre, « la vie de l'enfant », Gilbert Levet (2012) résume l'histoire du trouble (5).

Dès 1798, un médecin londonien, Crichton, décrit les symptômes du trouble de l'attention chez l'enfant en parlant d'inhabilité chronique engendrant des difficultés d'adaptation. L'expression « enfant instable » est créée par le neurologue français Désiré-Magloire Bourneville à la fin du XIXème siècle. Il fut le premier à donner une description détaillée de l'instabilité psychomotrice chez l'enfant : mobilités intellectuelle et physique extrême, susceptibilité et irritabilité, insouciance et négligence, suggestibilité et soumissions aux personnes aimées. Il avance, à l'époque, une explication psychogénique. C'est à dire que c'est le sujet qui élabore à son insu, à partir de ses propres ressources et de son environnement familial et social, une structure psychique propre. Bourneville s'oppose aux thèses génétiques dans lesquelles les pathologies émanent alors soit du dysfonctionnement ou de l'absence de certains gènes. Le sujet n'intervient pas dans ces théories génétiques, on « a » l'hyperactivité comme on « a » les cheveux roux.

Il existe une troisième hypothèse, celle du traumatisme. En 1902, Still, pédiatre anglais, opte pour le « brain damage symptom » (6). L'élément causal n'est ni psychogénique, ni génétique mais traumatique. Tel un choc ou une maladie secondaire qui laisserait des séquelles dans le développement du cerveau. Cette hypothèse fait suite à une étude d'enfants instables. Still évoque un

syndrome observé chez des enfants traumatisés crâniens, comprenant une triade symptomatique proche de la définition actuelle du TDAH : besoin incoercible de plaisir immédiat sans tenir compte des conséquences, tout en regrettant juste après le comportement émis, agitation permanente et difficulté à garder son attention.

Vers la fin de la Première Guerre mondiale, une grave épidémie d'encéphalite vient appuyer l'hypothèse du traumatisme cérébral. Des médecins vont observer, chez les enfants qui ont contracté la maladie puis guéri, un changement de comportement avec apparition d'une agitation associée à une difficulté dans les apprentissages.

En 1968, la terminologie « réaction hyperkinétique de l'enfance et l'adolescence » apparaît pour la première fois dans la 2<sup>de</sup> version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM II) (7).

A cette époque apparaît une scission entre les États-Unis qui voient le trouble hyperactif comme un syndrome comportemental (avec hausse des prescriptions de Ritaline en parallèle) et les pays francophones, influencés par les théories psychanalytiques, qui considèrent l'instabilité motrice comme un symptôme exprimant des mécanismes psychopathologiques inconscients, et prenant en compte entre autres des enjeux de la relation parents enfants. Winnicott souligne l'aspect psychoaffectif et l'hyperactivité est alors vue comme un moyen de défense pour ne pas être submergé par des affects douloureux. (8)

Ce n'est que dans les années 80 que le terme « Trouble déficit de l'attention » apparaît dans le DSM III, puis « Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention dans le DSM III-R (9).

## B) Diagnostic

### 1) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>ème</sup> édition / DSM V

En 2013, l'American Psychiatric Association (APA) (10), publie une cinquième version du DSM. Le TDAH y est inscrit comme un trouble neurodéveloppemental.

Comparé aux versions précédentes, les auteurs précisent davantage les éléments nécessaires pour établir un diagnostic différentiel. Notion d'autant plus importante que le sujet avec un TDAH présente souvent un ou plusieurs troubles associés. De plus cette version insiste beaucoup sur

l'importance d'évaluer les effets délétères du trouble dans la vie scolaire, sociale et professionnelle (TDAH léger/modéré/sévère).

Les critères diagnostiques sont les suivants :

**A.** Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2) :

**1. Inattention** : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

**Remarque** : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Chez les patients de 17 ans et plus, au moins 5 symptômes sont exigés.

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

**2. Hyperactivité et impulsivité** : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

**Remarque** : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Chez les patients de 17 ans et plus, au moins 5 symptômes sont exigés.

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- f) Souvent, parle trop
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- h) A souvent du mal à attendre son tour
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence

**B.** Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

**C.** Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).

**D.** On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie

**E.** Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

#### **Sous-types cliniques définis par le DSM V**

- **Type mixte ou combiné** : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- **Type inattention prédominante** : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.
- **Type hyperactivité/impulsivité prédominante** : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

## 2) Classification Internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition / CIM 10

La CIM 10 prend une position différente. Elle ne retient pas le terme « trouble déficit de l'attention avec hyperactivité » lui préférant « troubles hyperkinétiques », dont la description clinique est semblable en de nombreux points (11).

Les Troubles Hyperkinétiques sont classés dans la catégorie « Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » dont voici la description :

« Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi. »

*À l'exclusion de :*

- schizophrénie
- troubles (de) :
  - anxieux
  - envahissants du développement
  - humeur

La CIM 10 classe le trouble en différentes sous catégories, en fonction de son association ou non au trouble des conduites.

### 3) Échelles spécifiques

Le diagnostic du TDA/H reste, à l'heure actuelle, uniquement clinique chez l'enfant et l'adolescent. Il se fonde sur le recueil le plus précis possible des symptômes, tant psychiatriques que somatiques, l'observation, et l'interrogatoire concernant l'état actuel et antérieur, auprès du patient et auprès de son entourage (parents, école) (12).

Les questionnaires et les échelles d'évaluation remplies par l'adolescent, ses parents ou ses enseignants permettent de compléter le recueil d'information concernant le tableau clinique du patient (même si seuls ils sont insuffisants pour poser le diagnostic) et peuvent être utiles pour suivre l'évolution de la sévérité du trouble.

Parmi les plus utilisés nous pouvons citer (13) :

- **les échelles de Conners** : largement utilisées pour l'évaluation et le suivi du TDAH. Un questionnaire à l'attention des parents, un questionnaire à l'attention de l'enseignant (existant en version longue et abrégée), un auto-questionnaire pour l'adolescent. Elles évaluent les troubles des conduites, les troubles de l'apprentissage, les troubles de l'attention, l'impulsivité, l'anxiété et les problèmes de socialisation, en lien avec les critères du DSM-IV.
- **la SNAP- IV** : Échelle de 26 items comprenant les critères du DSM-IV du TDAH et les critères du DMS-IV du trouble oppositionnel avec provocation. Existe en Version pour les parents et pour l'enseignant
- **ADHD-IV Rating Scale** : Échelle de 18 items, basée sur les critères du DSM-IV. Version pour les parents et pour l'enseignant. Échelle adaptée pour suivre l'évolution après mise en place d'un traitement
- **Weiss Symptom Record (WSR)** : Un auto-questionnaire et un questionnaire pour l'entourage. Bonne sensibilité pour l'identification des troubles comorbides et des diagnostics différentiels

L'évaluation clinique est complétée par les tests neuropsychologiques, orthophoniques et psychomoteurs, afin de proposer une prise en charge adaptée à l'enfant ou l'adolescent ainsi qu'à son entourage.

## C) Épidémiologie

Selon l'argumentaire scientifique de l'HAS de 2014 (13), les dernières études utilisant le DSM produisent des taux de prévalence du TDAH variant de 0,4 % à 16,6 % dans la population générale d'âge scolaire, le plus souvent compris entre 5 % et 10 %. Les études reposant sur la CIM 10 donnent des résultats beaucoup plus bas, variant de 0,4 à 4,2 % avec une moyenne de 2 % environ.

Avec une prédominance chez les garçons : sexe-ratio de 3-4 pour 1. Sexe-ratio variant selon la forme dominante du trouble. Il est moins marqué pour la forme « inattention » prédominante (forme plus fréquente chez les filles).

La différence de résultats obtenue selon la classification utilisée tient du fait que la CIM 10 ne retient pas la forme « inattention » (plus marquée à l'adolescence) et exclue certaines comorbidités telles que les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur.

La prévalence aurait tendance à diminuer à l'adolescence, la symptomatologie du TDAH persiste dans plus de la moitié des cas à l'adolescence et à l'âge adulte, même si le profil des symptômes peut changer. On peut observer une diminution de l'activité motrice avec l'âge alors que le déficit attentionnel peut avoir tendance à augmenter. (14)

## D) Hypothèses étiopathogéniques

### 1) Hypothèse psychopathologique

La psychopathologie désigne les mécanismes psychiques en jeu dans la formation du trouble. Dans le TDAH on retrouve une composante cognitive (trouble de l'attention), comportementale (hyperactivité/impulsivité) et émotionnelle.

#### a) Approche cognitivo-comportementale

La question des déficits neurocognitifs est de plus en plus étudiée (14). Particulièrement l'altération des fonctions exécutives qui sont les processus cognitifs permettant à l'individu de s'autoréguler par la coordination des actions et des comportements afin de faciliter son adaptation à des situations nouvelles.

Les enfants porteurs d'un TDAH ont de moins bons résultats aux épreuves de performances exécutives comparativement à leurs pairs sans TDAH. Ils présentent des déficits dans les tâches impliquant le fonctionnement attentionnel, la flexibilité cognitive (capacité à changer de stratégie), la planification (planifier une action vers un but) et la mémoire de travail. En association avec des difficultés de gestion comportementale.

Barkley, en 1997, développe une théorie selon laquelle le trouble attentionnel repose sur un syndrome de dysfonction exécutive et en particulier un trouble du développement des capacités d'inhibition du comportement (15).

Il s'agit de trois processus : l'inhibition de la réponse automatique à un événement qui est vue comme un renforcement immédiat (positif ou négatif), l'interruption de la réponse en cours si elle s'avère inefficace permettant un délai dans la prise de décision et le contrôle des interférences extérieures pouvant entraver ce délai.

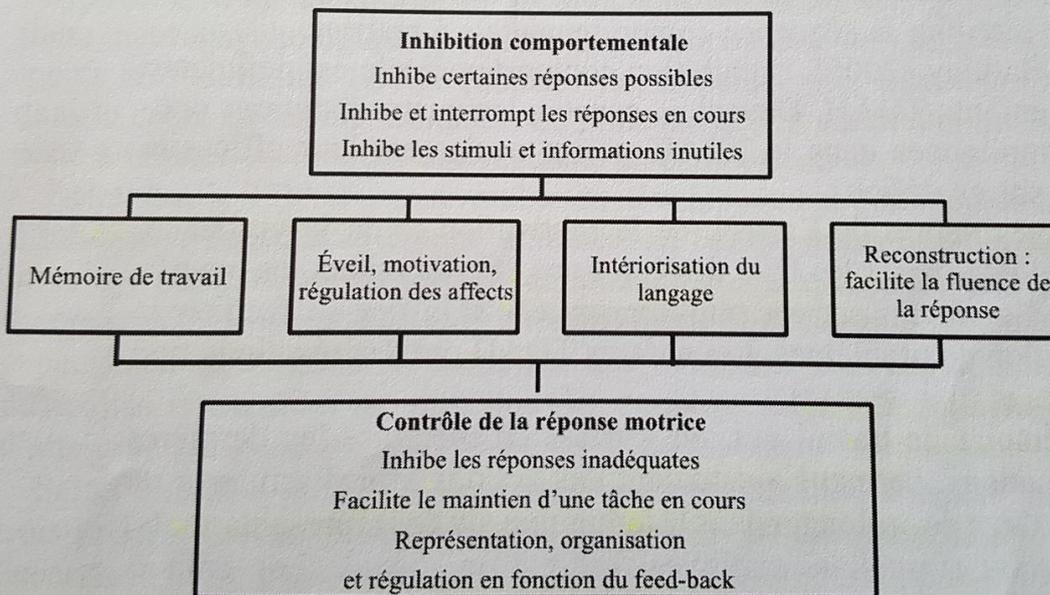
L'inhibition comportementale a donc un effet direct sur la réponse motrice.

De ce déficit d'inhibition résulte un déficit des fonctions exécutives telles que :

- *L'autorégulation des affects, de la motivation et de la vigilance* : les enfants TDAH ont des réactions trop rapides et trop intenses
- *La mémoire de travail* (prolonger dans le temps une ou des représentations mentales) : un enfant TDAH fait peu de liens entre son comportement et ses conséquences
- *La planification des tâches* avec le développement du langage intérieur (capacité de se parler à soi-même permet un contrôle de son comportement) : un enfant TDAH n'arrive pas à anticiper
- *La stratégie de synthèse et de résolution de problèmes* afin de s'adapter en permanence aux variations de l'environnement : les enfants TDAH ont des difficultés pour hiérarchiser et synthétiser l'information. Cela les conduit à répéter de manière stéréotypée une réponse à un problème même si la situation a évolué. Ce qui donne des comportements de « persévérations ».

Barkley interprète le déficit d'attention comme une conséquence du déficit d'inhibition et non comme sa cause. Ce dernier interfère avec le développement des capacités d'autorégulation associées aux fonctions exécutives.

## Modèle du TDAH reposant sur l'hypothèse d'un syndrome de dysfonction exécutive (Barkley, 1997)



Selon lui, les capacités d'attention présentent donc un retard de développement.

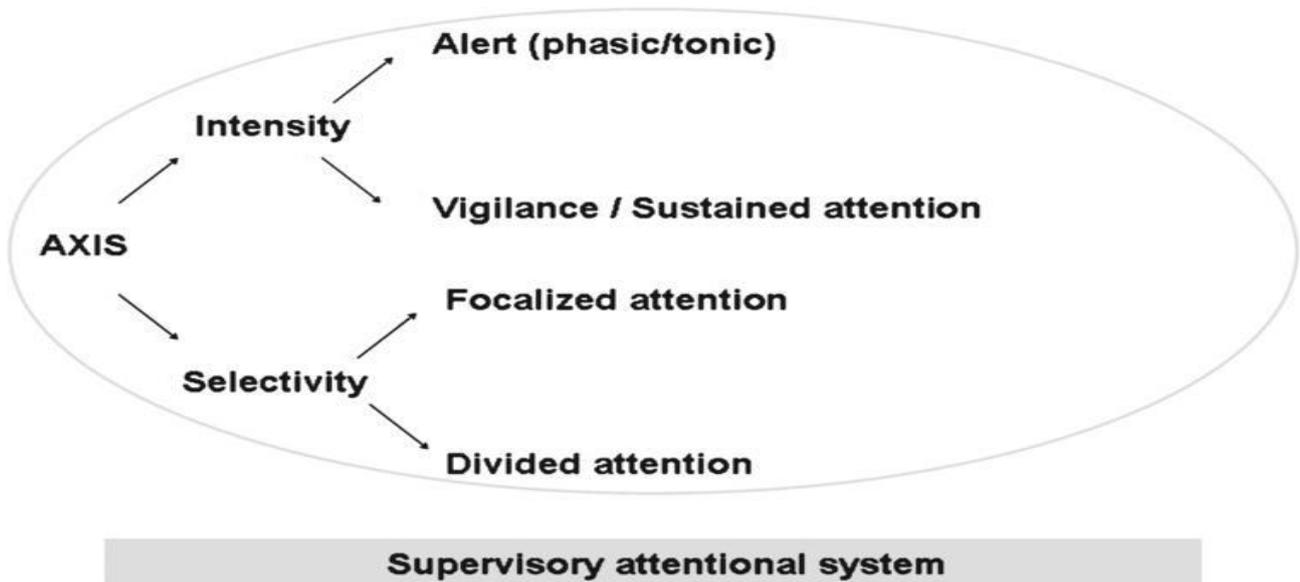
Il existe un autre modèle théorique de l'attention : modèle de Posner et Raichle (1997)

Ce modèle fournit une explication globale des mécanismes attentionnels (il n'est pas propre au TDAH). Il décrit trois mécanismes différents soutenus par des réseaux neuronaux différents : l'état d'alerte (lobe frontal droit et pariétal droit), l'orientation-inhibition (lobe pariétal postérieur) et le contrôle exécutif (lobe frontal gauche et ganglions de la base) (cité dans Chevalier et al. 2006 (16)).

Trois fonctions cognitives s'expriment à travers les 3 dimensions d'un autre modèle, celui de Van Zomeren et Brouwer, en 1994.

Ils développent 2 axes de l'attention : Intensité et Sélectivité qui sont modulés par le Système Attentionnel Superviseur (mécanisme qui permet la mise au point de stratégie pour les tâches non routinières et une flexibilité dans la réalisation de la tâche lorsque le maximum des ressources attentionnelles est atteint) (16).

## Van Zomeren and Brouwer's model



*Intensité : module la quantité des ressources attentionnelles dévolue à une tâche*

→ alerte phasique (réactivité rapide un signal d'alerte semi-volontaire et transitoire, ex : athlète dans les starting-blocks) / alerte tonique (changements lents et involontaires du niveau d'éveil diurne et des performances d'un sujet = témoigne du niveau d'activité corticale, ex : somnolence, bâillement, lenteur...)

→ attention soutenue (maintien d'un niveau stable de vigilance sur une tâche monotone de longue durée au cours de laquelle les stimuli pertinents sont peu fréquents)

*Sélectivité : sélectionne les informations pertinentes*

→ attention focalisée (diriger et maintenir son attention sur un stimulus pertinent en inhibant les stimuli distrayants, ex : discussion dans un environnement bruyant)

→ attention divisée (partage de l'attention entre 2 tâches simultanées, ex : écouter la radio en conduisant)

L'attention est considérée comme un comportement d'orientation de l'état mental : favoriser un processus spécifique en ignorant les autres.

Lorsqu'il y a un dysfonctionnement des réseaux neuronaux de l'attention (lobes frontal droit et pariétal postérieur), on aura un défaut de régulation de l'état d'alerte et de l'attention soutenue.

Dans le TDAH, on a un déficit de l'attention sélective (focalisée) avec distractibilité aux stimuli externes, un manque d'attention accordé aux détails et une apparente absence d'écoute. Le déficit de l'attention partagée se traduit cliniquement par des interruptions fréquentes, une impatience.

Intensité et Sélectivité de l'attention influent sur le comportement et les interactions sociales, d'où leur importance dans le TDAH.

Nous devons noter qu'il existe de nombreuses déclinaisons ou variations autour de ces modèles, voir des modèles cognitifs plus complexes. Un nouveau courant théorique, plus récent, met l'accent non plus sur l'inhibition de la réponse, mais sur l'intolérance au délai (« delay aversion »). Le modèle prédit que lorsqu'ils sont face à un choix entre une récompense faible mais immédiate et une forte récompense mais plus lointaine dans le temps, les hyperactifs vont choisir l'immédiateté, et quand il n'y a pas de choix disponible, ils vont agir sur leur environnement pour réduire la perception du temps pendant le délai en créant ou en se focalisant sur des aspects de l'environnement qui soient indépendants du temps.(17)

Cette hypothèse renvoie à un ensemble de données neurofonctionnelles mettant l'accent sur un trouble des mécanismes de libération des neuromédiateurs, en particulier la dopamine, dont la fonction principale est de réguler les comportements dirigés vers un but, elle joue un rôle dans la motivation et la sensation de plaisir, activant ainsi le système de récompense.

## b) Approche psychodynamique (18)

Il existe un débat sur l'instabilité : est-elle un symptôme s'inscrivant dans divers fonctionnements psychiques ou une entité syndromique avec sa propre organisation psychopathologique ? A l'heure actuelle les deux positions existent.

Les psychanalystes français ont soutenu et soutiennent encore, pour partie, la référence à l'instabilité en tant que symptôme.

Les facteurs psychiques et la qualité de l'environnement familial et social ont une influence sur le développement de l'enfant même si on ne peut affirmer qu'ils soient directement en cause dans l'émergence du trouble.

Le développement de l'enfant se déroule à l'interface de facteurs endogènes (génétiques,

biologiques, psychologiques et cognitifs) et exogènes, l'environnement écologique, social et relationnel. Le TDAH, reconnu d'apparition précoce et d'origine multifactorielle, correspond à ce modèle de psychopathologie dont la construction est neurodéveloppemental et psycho-affective. La psychopathologie développementale poly factorielle du trouble et son expression phénoménologique en fonction de l'âge du sujet contribuent à son hétérogénéité clinique.

A l'international, les travaux de recherches psychanalytiques sur le TDAH se multiplient. Ils soulignent l'importance de la synchronicité des interactions précoces et des processus d'internalisation comme étant à l'origine du développement des capacités de mentalisation dans l'étiopathogénie du TDAH. Les patients porteurs d'un TDAH ont souvent été décrits comme ayant une défaillance de la mentalisation et de la symbolisation du fait qu'elles soient sources d'angoisses massives ou de désorganisations traumatiques. Dans l'impossibilité de traiter l'excitation psychique, qu'elle soit d'origine interne ou externe, le psychisme la dérive par les registres moteurs et comportementaux.

Certains auteurs envisagent l'hyperactivité comme conséquence d'un trouble de la relation parents-enfants. Elle est alors le reflet de l'utilisation de comportements pour lutter contre une angoisse impossible à mentaliser du fait de l'absence de disponibilité affective du parent. L'instabilité peut être considérée comme une stratégie défensive antidépressive associée à une angoisse d'abandon massive (19).

Il peut s'agir d'un état d'hyper vigilance et d'excitation psychomotrice pouvant constituer une forme de défense « maniaque », avec un refus d'accéder à la position dépressive. Cette instabilité peut être investie comme une forme de compensation narcissique face à l'angoisse, à la menace d'abandon, en permettant la captation de l'attention des adultes.

Pour Winnicott (cité dans Courtois et al. 2007 (18)), il s'agit d'un déficit dans le holding maternel, c'est à dire dans la capacité de la mère de soutenir et contenir son enfant par des soins qui ont un rôle de pare-excitation tant physique que psychique.

Selon Maurice Berger (20), ce sont des enfants qui ont « des difficultés à être seuls en présence de l'objet », du fait d'une structure identitaire fragile avec une représentation de soi souvent en cours de construction. Il émet de nouvelles hypothèses sur les processus psychiques en jeu dans l'instabilité psychomotrice tels que :

- un environnement précoce défectueux,
- le besoin de maîtrise sur l'autre,

- un procédé auto-calmant face à l'échec de la fonction maternelle pour atténuer la détresse de l'enfant, en particulier dans le cas de la dépression maternelle précoce.

Il décrit trois types d'instabilité dans son livre, *L'enfant instable* :

- l'instabilité rencontrée dans les situations d'interactions précoces pathologiques (environnement carencé, violent) : l'enfant présente une pathologie du lien à autrui et reproduit sans cesse ce à quoi il a été soumis alternant moment d'angoisse d'abandon, séduction narcissique ou attaque caractériel.
- l'instabilité symptomatique qui signe des difficultés psychiques diverses (psychotiques, hystériques, éducatives...). Il donne l'exemple des enfants soumis à un forçage éducatif sans tenir compte du rythme de l'enfant. Les conséquences du contrôle parental sont sources d'une tension permanente pour l'enfant avec colères explosives, difficulté de langage, et hyperkinésie.
- l'instabilité qu'il qualifie de neurodéveloppementale où il ne retrouve aucune causalité intra psychique mais des anomalies neuropsychologiques.

## 2) Hypothèse neurologique (21) (22)

Le développement des fonctions cognitives est lié à la maturation cérébrale.

Les études de neuro-imageries chez les sujets TDAH montrent des différences structurelles au niveau cérébral comparativement à des sujets sains ; en particulier, une réduction du volume cérébelleux, du striatum et de l'hémisphère droit. Ainsi que des zones hypo activées, dont le cortex préfrontal responsable de l'inhibition des comportements indésirables, du maintien attentionnel et de la planification, et le système limbique impliqué dans la régulation des émotions.

## 3) Hypothèse génétique (22)

Des centaines d'études ont tenté de mettre en évidence des anomalies génétiques associées au TDAH. Aujourd'hui, les études génomiques les plus récentes permettent de conclure qu'il n'y a pas

de gène impliqué de manière majeure dans l'étiologie du TDAH. Cela n'a rien de surprenant car quel que soit le trouble psychiatrique, y compris l'autisme et la schizophrénie, de nombreux gènes semblent impliqués mais chaque gène ne confère qu'un risque mineur. En ce qui concerne le TDAH, les études convergent maintenant pour dire que le gène le plus fortement associé est celui qui code pour le récepteur dopaminergique D4. Ce gène présente un polymorphisme et l'allèle 7-R est plus fréquent chez les enfants souffrant du TDAH (23 %) que chez les enfants sains (17 %). On voit donc bien que ce polymorphisme n'explique pas à lui seul le TDAH.

Les études de jumeaux ont montré que l'héritabilité du TDAH était de 75 %, avec un taux plus élevé chez les jumeaux monozygotes (70-80 %) comparativement aux jumeaux dizygotes (30-50 %). Des études d'agrégation familiale ont révélé que la fréquence du trouble chez les apparentés du 1er degré était 4 à 10 fois plus importantes à celle des sujets témoins. Avec diminution de la fréquence lorsque le lien de parenté s'éloigne.

Les études moléculaires de gènes candidats pour le TDAH montrent une implication des gènes des voies dopaminergiques et noradrénergiques.

**Voie dopaminergique** : l'hypothèse d'un déficit en dopamine est argumentée par le fait que les psychostimulants, inhibant la recapture neuronale de la dopamine donc augmentant la quantité et la durée de présence de dopamine dans la synapse, soulagent la plupart des symptômes du TDAH. La dopamine ayant un rôle dans le contrôle de l'activité motrice (striatum), les processus cognitifs, attentionnels et émotionnels (cortex frontal).

**Voie noradrénergique** : les inhibiteurs spécifiques de recapture de la noradrénaline (ex : atomoxétine) sont aussi largement utilisés. La noradrénaline a une implication dans la modulation de la vigilance, de la réponse adaptative et de l'apprentissage, jouant ainsi un rôle dans le déficit attentionnel du TDAH.

#### 4) Hypothèse environnementale (22)

De nombreux facteurs environnementaux sont à prendre en compte dans la survenue du TDAH. On peut citer :

- facteurs prénataux et périnataux : alcool, tabac, drogues pendant la grossesse (risques de

troubles cognitifs et comportementaux), exposition excessive à des neurotoxiques (plomb, pesticides), petit poids de naissance, prématurité, détresse respiratoire à la naissance

– facteurs de risque familiaux : conflits parentaux, faible niveau d'éducation, trouble mental chez un parent (en particulier dépression chez la mère), système éducatif punitif, familles nombreuses, placement en milieu d'accueil.

A cela s'ajoute certaines hypothèses alimentaires comme une carence en acide gras oméga 3, une hypersensibilité aux colorants et conservateurs alimentaires.

Mais aucune étude n'a réellement démontré cette dernière hypothèse.

=> En résumé le TDAH est un trouble multifactoriel et complexe où l'on retrouve des interactions entre facteurs neurobiologiques, génétiques et environnementaux.

## E) Comorbidités psychologiques (23)

Les troubles concomitants sont très fréquents chez les personnes diagnostiquées TDAH. Plus la symptomatologie du trouble est sévère et plus il y a de risque de développer d'autres pathologies. Chez 50 % à 90 % des enfants diagnostiqués, au moins un autre trouble est diagnostiqué (24). La comorbidité doit être systématiquement recherchée et peut conditionner le pronostic.

### 1) Trouble spécifique des apprentissages

La comorbidité du TDAH et des troubles spécifiques des apprentissages est élevée, entre 31 % et 45 %. Les enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages ont des difficultés à rester attentifs, leurs performances académiques sont souvent en dessous de leurs capacités et, comme les enfants TDAH, ils montrent des déficits dans les fonctions exécutives. Les cliniciens qui évaluent les patients pour le TDAH doivent donc rechercher systématiquement la présence d'un trouble des apprentissages et vice versa. Ces patients nécessitent des rééducations adaptées avec des interventions à l'école et à la maison. Dans le cas d'un trouble du langage oral ou écrit un trouble auditif doit systématiquement être recherché.

## 2) Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) - Trouble des conduites (TC)

Les troubles du comportement externalisés sont les comorbidités les plus communément trouvées avec le TDAH. En particulier dans les sous-types hyperactivité/impulsivité et mixte.

La prévalence du TOP chez les enfants et adolescents, caractérisé par des comportements hostiles, provocateurs et des manifestations d'irritabilité, est estimée entre 5 % et 10 %. Il est associé avec un TDAH dans 25 % à 75 % des cas. Le pronostic pour ces enfants est moins favorable et le risque d'évolution vers un TC est augmenté.

Le TC, ensemble de comportements répétés qui menacent les droits d'autrui et les règles sociales, est retrouvé chez un tiers des enfants TDAH (prévalence plus élevée dans les milieux socio-économiques défavorisés). Ces patients sont davantage en échec scolaire et plus à risque de développer un trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte.

Un traitement multimodal est recommandé avec une approche individuelle, familiale et scolaire. Les traitements psychostimulants seuls étant peu efficaces sur l'agressivité.

## 3) Trouble sévère de la régulation émotionnelle et comportementale (25) (26)

La dysrégulation sévère de l'humeur (SMD, *Severe Mood Dysregulation*) est un concept clinique introduit par Leibenluft en 2002 pour différencier les difficultés émotionnelles chroniques, du trouble bipolaire dans la population pédopsychiatrique.

Aujourd'hui c'est la dénomination dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère qui est retenue (DMDD, *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* dans le DSM V).

Les caractéristiques cliniques principales sont une irritabilité chronique sévère, présente quasiment en permanence, et une hyperactivité aux stimuli négatifs, avec au moins trois crises de colères par semaine. La symptomatologie débute avant 12 ans et persiste sur au moins un an.

La prévalence du DMDD est de 3,3 % chez les sujets de 9 à 19 ans.

Leibenluft (2006) montre une association avec un TDAH dans 26,9 % des cas en population générale et dans 93,8 % des cas en population clinique (27).

La composante centrale de la régulation émotionnelle est la capacité à maintenir son attention dans des contextes qui mettent en jeu les émotions. Les structures neurales impliquées dans

l'autorégulation des émotions sont les mêmes que celles impliquées dans les fonctions attentionnelles et le contrôle exécutif, les systèmes de transmission dopaminergiques (cortex cingulaire antérieur) et sérotoninergiques. La sécurité de l'attachement peut aussi moduler la régulation émotionnelle.

Une vulnérabilité physiologique commune existe donc entre TDAH et DMDD.

Waxmonsky et al. (2008) ont révélé une bonne efficacité du méthylphénidate chez les jeunes présentant un TDAH associé à un DMDD, lorsqu'il est combiné à une remédiation cognitive et comportementale (28).

#### 4) Trouble anxio-dépressif

Parmi les troubles internalisés chez les enfants TDAH, les troubles anxieux présentent la prévalence la plus élevée, 20 % à 30 %. Quant au trouble dépressif, 6 % à 30 % des patients en souffrent.

La comorbidité avec le TDAH peut s'expliquer par le fait que ces enfants doivent faire face à de nombreux échecs dans leur vie familiale, sociale et scolaire avec une baisse de l'estime de soi en lien. Cette association aggrave les symptômes d'inattention et de distractibilité. Parallèlement les troubles de la concentration, l'agitation, l'irritabilité peuvent être causés par le trouble anxio-dépressif et non le TDAH.

Vis à vis du traitement, il est recommandé de stabiliser l'humeur en premier lieu par une psychothérapie individuelle, les psychostimulants pouvant aggraver la symptomatologie anxieuse. Les thérapies cognitivo-comportementales, recommandées dans le trouble anxieux sont peu efficaces sur les patients TDAH du fait de leur distractibilité.

#### 5) Abus de substance

50% des adolescents qui présentent une addiction aux drogues sont diagnostiqués TDAH. L'impulsivité, l'inattention et l'agitation dans l'enfance apparaissent comme des facteurs de risque de développer un trouble addictif à l'âge adulte. L'association avec un TC augmente ce risque.

Bien que les psychostimulants sont souvent détournés de leur usage médical (22 % des patients selon une étude de 2007 (29)), les enfants traités par méthylphénidate sont moins à risque de s'initier à certaines drogues par la suite.

## 6) Trouble du Spectre Autistique (TSA)

Le DSM IV rendait impossible la comorbidité avec un TSA. Avec le DSM V la prévalence d'un TDAH chez ces enfants varie de 58 % à 85 % entraînant une symptomatologie plus sévère.

Le traitement combiné par psychoéducation, thérapie comportementale et médicament est recommandé.

## 7) Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Les TOC, caractérisés par des préoccupations obsessionnelles et des compulsions sont à l'origine d'un sentiment anxieux. Les enfants atteints ont un TDAH dans 33 % des cas.

La prise en charge de ces deux troubles doit être simultanée et associée à une thérapie cognitivo-comportementale, interventions familiales et psychoéducation.

## 8) Syndrome Gilles de la Tourette

Syndrome caractérisé par des tics moteurs et au moins un tic vocal, apparaissant dans l'enfance et variant dans le temps. On retrouve une comorbidité avec le TDAH dans 55 % des cas.

Chez ces enfants le pronostic est moins bon du fait d'un niveau d'anxiété et d'agressivité plus important. Les psychostimulants peuvent contribuer à l'apparition de tics donc le traitement doit être étroitement surveillé et associé à une prise en charge psychosociale

## F) Evolution / Pronostic (30)

Pendant la période préscolaire, l'hyperactivité et l'impulsivité sont les symptômes les plus souvent rapportés. Il est difficile d'établir un diagnostic à cette période puisque l'agitation motrice est normalement présente en population générale.

Avec l'entrée à l'école primaire les capacités attentionnelles sont davantage sollicitées et les premières difficultés d'apprentissage apparaissent (31). L'enfant est rapidement en échec scolaire et souvent qualifié d'« immature » ou « difficile » par l'enseignant. Ses difficultés vont s'accumuler avec l'augmentation des exigences. Les relations avec ses pairs se trouvent altérées du fait de son impulsivité et de possibles comportements d'opposition.

C'est souvent à cette période que les familles ont recours à un professionnel pour poser un diagnostic.

A l'adolescence, hyperactivité et impulsivité ont tendance à s'améliorer alors que l'inattention persiste, parfois jusqu'à l'âge adulte. 50 à 80 % des enfants atteints continuent à avoir des difficultés majeures à l'adolescence. C'est à cet âge que les conduites à risques apparaissent, en lien avec le décrochage scolaire et l'isolement social, avec un risque accru de présenter une personnalité antisociale, une toxicomanie ou un trouble dépressif majeur à l'âge adulte.

L'évolution du TDAH reste incertaine sans une intervention précoce.

La manière dont l'entourage réagit face à la symptomatologie est essentielle pour l'évolution. Si un engrenage punitif avec tentative de contrôle s'installe, on arrive rapidement à une escalade des conflits relationnels avec sentiments de frustration de part et d'autre et d'incompétence chez les parents.

La présence de plusieurs troubles associés ou la résistance au médicament sont des facteurs pronostics défavorables. En revanche l'âge au moment du diagnostic est un facteur pronostic important. Plus l'enfant est pris en charge tôt et moins les conséquences risquent d'être dommageables pour l'avenir.

L'évolution d'un enfant disposant de bonnes capacités cognitives et la capacité à maintenir des relations sociales correctes sera meilleure.

## II- Trouble Déficitaire de l'Attention / Hyperactivité et théorie de l'attachement

### A) Concept du système d'attachement (32) (33) (34)

Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, fondateur du concept d'attachement, le décrit, dans les années 70, dans son ouvrage de référence, (35) comme étant la somme des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une figure spécifique et pour fonction la protection et l'exploration. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui.

Selon Nicole Guedeney (36), pédopsychiatre, cette théorie repose sur l'importance donnée aux épisodes de séparations et de retrouvailles du sujet avec ses proches lorsqu'il est lui-même en situation de détresse. L'attachement est actif tout au long de la vie, plus ou moins stable au sein d'un environnement.

Les relations d'attachement de l'enfant évoluent avec l'âge et le développement de ses capacités motrices et cognitives.

Dès sa naissance, le bébé va exploiter un répertoire comportemental pour obtenir la proximité de sa figure d'attachement (pleurer, crier, sourire...) qui va lui apporter attention et réconfort. Le bébé associe cette proximité à un état de sécurité.

Autour de 6-9 mois, il acquiert un contrôle sur ce rapprochement grâce au développement de sa motricité et devient ainsi actif dans la régulation de la distance avec l'adulte.

Il faut environ 9 mois d'interactions soutenues pour que le nourrisson construise un lien d'attachement spécifique avec chacune de ses figures d'attachement. Le système d'attachement est dit opérationnel. C'est à partir de là qu'apparaît la peur de l'étranger.

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement, pour obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de son environnement.

Il peut s'agir de toute personne s'engageant dans une interaction sociale avec l'enfant et capable de répondre à ses besoins physiques et émotionnels. Une hiérarchie des relations d'attachement s'établit en fonction du sentiment de sécurité que lui apporte chaque relation. Souvent la mère devient la figure d'attachement principale et les autres proches des figures subsidiaires en son absence.

On dit que la figure d'attachement représente la base de sécurité à partir de laquelle l'enfant peut s'autoriser à explorer le monde environnant. Tout signal d'alarme l'incitera à retourner vers sa figure qui constitue alors un havre de sécurité.

Ces comportements sont en lien avec la peur de l'inconnu et l'angoisse de séparation.

Le terme de « caregiving », souvent utilisé, représente la capacité à donner des soins, que ce soit au niveau physique ou affectif. Cela nécessite engagement, sensibilité et disponibilité émotionnel du parent lorsqu'il perçoit la détresse de l'enfant.

Le « bonding » ce sont les sentiments chaleureux vécus par les parents dès les premiers jours de vie du bébé. Il a une base biologique hormonale et facilite le déclenchement du caregiving.

Avant la naissance la mère a déjà une représentation cognitivo-émotionnelle de la façon dont elle imagine répondre aux besoins de son enfant, qui est basée sur sa propre histoire d'attachement et sur le contexte culturel et social dans lequel elle vit. Certains facteurs peuvent interférer dans ces soins, comme l'histoire parentale, la relation conjugale, les conditions de vie, les ressources matérielles et financières.

Les interactions précoces modèlent les représentations concernant l'image de soi et d'autrui. La théorie de l'attachement étudie donc le développement psychique au sein des relations interpersonnelle. Les comportements d'attachement favorisent l'autonomie.

### **Dans le DSM V on retrouve les concepts de l'attachement suivants (10) :**

#### *Trouble réactionnel de l'attachement :*

Mode de comportement d'attachement inadapté et inapproprié du point de vue du développement, qui se manifeste avant l'âge de 5 ans. L'enfant ne recherche jamais, ou presque, du réconfort lorsqu'il est en détresse et ne répond pas ou peu au réconfort prodigué.

Trouble qui survient dans des circonstances de négligence persistantes des besoins émotionnels de base ou lors de changements répétés des personnes qui s'occupe de l'enfant.

Ne répond pas aux critères pour un Trouble du Spectre Autistique.

Trouble présent depuis plus de 12 mois.

#### *Trouble désinhibition du contact social :*

Comportement de familiarités excessives avec absence ou réduction de la réticence vis à vis des adultes non familiers, voir volonté de partir sans hésiter avec un adulte non familier et absence ou diminution du comportement de référence social vis à vis de l'adulte une fois à distance, même dans des lieux non familiers.

## B) Les styles d'attachement

Les travaux de Mary Ainsworth (37), psychologue américaine, sur les relations précoces mère-enfant, en 1969, ont permis de mettre en évidence trois catégories d'attachement.

Une quatrième sera rajoutée dans les années 80 par Main, élève d'Ainsworth.

### - **Séure :**

Enfant qui recherche le contact avec la figure d'attachement et n'est pas forcément perturbé par la séparation. Il se sert de sa mère comme base de sécurité et la mère est sensible et disponible aux signaux de détresse de l'enfant. Attachement qui permet le développement d'une meilleure estime de soi et favorise les capacités d'exploration.

### - **Inséure évitant ou anxieux évitant :**

Le comportement typique de l'enfant est l'évitement du contact avec la figure d'attachement lors de la réunion. Il ne compte pas sur sa mère pour le sécuriser et a tendance à masquer sa détresse émotionnelle pour garder le contrôle.

### - **Inséure ambivalent ou anxieux résistant :**

Recherche active de contact mais une fois établi, l'enfant veut s'en défaire. Il peut résister à être pris et en même temps protester lorsqu'on le pose. Signe de colère et de détresse émotionnelle.

### - **Désorganisé :**

Enfant qui se fige lors de la réunion dans une posture évoquant l'appréhension, la confusion voire la dépression. L'expression des affects est mal dirigée. Des comportements opposés peuvent s'exprimer simultanément (s'approcher en détournant la tête). Souvent enfants victimes de maltraitance ou témoins de violences.

Dans la population générale : 65% sécures, 20% anxieux évitants et 15% anxieux résistants. Pour les enfants placés, de moins de 30 mois : 46% sécures, 42% désorganisés, 8% résistants, 4% évitants.

Les styles d'attachement doivent être considérés comme facteurs de protection ou de vulnérabilité qui s'intriquent avec d'autres aspects comme le tempérament, les conditions et événements de vie.

## C) TDAH, lien avec l'attachement

### 1) Régulation émotionnelle et tempérament

Dans leur revue Franc N. et al (1), en 2007, recense différents arguments en faveur d'un lien entre trouble de l'attachement et TDAH. Selon eux, la sécurité de l'attachement permet une meilleure régulation des émotions de l'enfant en favorisant la confiance en l'autre et les relations sociales de qualité. L'attachement participe au développement émotionnel et cognitif du jeune enfant. Le manque d'attention parentale soutenue la première année de vie est source de perturbation des capacités de régulation de soi chez l'enfant.

Un attachement insécure, particulièrement la forme désorganisée, perturbe les processus d'autorégulation émotionnelle, ce que Claussen et al. a relié à un déficit de l'attention conjointe et de la régulation du stress (38). L'attachement insécure peut donc constituer une vulnérabilité supplémentaire à l'apparition et au maintien du TDAH.

Dans le TDAH, il est fréquemment retrouvé une labilité émotionnelle et un défaut de contrôle des émotions. En 2013, dans sa revue, Villemonteix et al. (39) révèle que les enfants diagnostiqués TDAH présentent des scores plus élevés que les enfants sans trouble psychiatrique à la BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function), échelle s'appuyant sur l'évaluation des parents. Donc ils manifestent davantage de comportements de tristesse, de colère ou de culpabilité ainsi que des niveaux de frustration plus élevés au cours d'auto-évaluation (résolution de puzzles). Mais lors de manifestations positives ils montrent aussi plus de comportements favorables.

Villemonteix rapporte une étude révélant que, pour 25% des enfants et adolescents porteurs d'un TDA/H, le niveau de labilité émotionnelle élevé était associé à une plus grande sévérité du trouble et des symptômes d'opposition, d'anxiété, de problèmes relationnels et d'abus de substances. Il l'explique par le fait que ces patients, qui ont déjà un défaut d'inhibition des réponses motrices et comportementales spontanées, seront d'autant plus en difficulté pour s'autoréguler s'il se produit également une réponse émotionnelle.

Pour conclure, Villemonteix explique que les symptômes du TDA/H sont sous tendus par des déficits de la régulation émotionnelle qui ne sont pas seulement secondaires à une altération du fonctionnement exécutif mais contribuent indépendamment à la symptomatologie et à son hétérogénéité au même titre que la génétique, les variables environnementales ou la qualité du lien d'attachement.

Parallèlement, le tempérament difficile (présent dès la naissance) regroupe des traits émotionnels que l'on retrouve aussi dans le TDAH tels qu'émotivité, faible persévérance, difficultés d'adaptation au changement et est susceptible d'influencer les relations précoces et de compliquer le processus d'attachement dans les familles les plus vulnérables.

Dans les années 90, Maziade M et al. ont montré qu'un tempérament difficile à 7 ans est associé à des troubles externalisés à 12 ans mais prédictif du risque de TDAH seulement dans les familles dysfonctionnelles (40).

L'insécurité de l'attachement représenterait un facteur de risque des troubles externalisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, TDAH) essentiellement pour les enfants vulnérables du fait de leur tempérament ou de leur environnement.

## 2) Style d'attachement dans le TDAH

### a) Du côté des enfants

En 2002, une étude cas témoin, met en évidence dans un groupe d'enfants de 5 à 10 ans diagnostiqué TDAH, une plus grande insécurité de leur attachement (mesurée par le « Séparation Anxiety Test ») (41). La majorité des enfants du groupe témoin offre une description positive des relations avec leurs parents, répondant de façon appropriée à leur besoin. Alors que plus de la moitié des enfants TDAH rapporte une image négative de leurs parents, manquant d'empathie, ces enfants expriment moins de confiance en soi et de bien être lors de séparation nécessitant une autonomie.

Le style d'attachement pourrait jouer un rôle dans l'expression clinique du TDAH. Une étude décrivant les modalités d'attachement chez 65 enfants souffrants de TDAH révèle que les enfants ayant une forme du trouble marqué par l'impulsivité et l'hyperactivité ont un taux plus élevé d'attachement de type anxieux évitant que les enfants avec difficultés d'attention prédominantes (42). Pinto C et al, en 2006, montre une corrélation significative entre les scores de désorganisation du nourrisson et les symptômes du TDAH côtés par l'enseignant à l'âge de 7 ans (43).

## b) Du côté des parents

En 2017, une étude essaie d'identifier les styles d'attachements parentaux des enfants TDAH. Sur 110 parents inclus, majoritairement des mères, 72% présentent un attachement insécurisé et particulièrement préoccupé (54%). (44)

Or un parent préoccupé est plus susceptible d'être en quête affective vis-à-vis de son enfant, ce qui peut se traduire par un excès de stimulation et d'intrusivité entraînant une augmentation de l'activité psychomotrice chez l'enfant. Ce dernier l'exprimera par des difficultés d'attention ou une impulsivité non maîtrisée.

Les parents insécurisés ont aussi plus de difficultés à instaurer une discipline cohérente, positive et constante dans la durée. L'absence d'un cadre disciplinaire avec repères éducatifs sécurisants entrave le processus de régulation de soi de l'enfant et entraîne des problèmes d'adaptation de l'enfant aux exigences sociales.

Le style d'attachement parental, tout comme les pratiques éducatives peuvent majorer le risque de développement ou d'exacerbation des symptômes du TDAH.

## 3) Vulnérabilité commune entre attachement et TDAH

Il existe des facteurs de risque communs au TDAH et à l'attachement dans l'environnement périnatal (1).

La dépression maternelle pré/post-partum est corrélée à une plus grande difficulté dans la mise en place de l'attachement avec une plus grande proportion d'attachement insécurisé. La prématurité et le bas poids de naissance, chez des parents vulnérables, peuvent aussi perturber le processus d'attachement.

La consommation de tabac et le stress maternel pendant la grossesse augmentent le risque de TDAH pour l'enfant à naître et peuvent être le reflet de difficultés pour la future mère à investir sa grossesse et à s'adapter aux besoins de son bébé.

D'autres facteurs environnementaux sont potentiellement impliqués : l'accumulation d'événements de vie stressants a une importance dans l'apparition et le maintien du trouble. On observe une fréquence plus élevée d'enfants TDAH chez les enfants placés ou adoptés (14), mais aussi dans les familles recomposées ou après le décès d'un parent.

Il faut toutefois nuancer. Un facteur de stress peut révéler une symptomatologie proche du TDAH mais révélant plutôt un trouble de l'adaptation.

#### 4) TDAH et caregiving parental, impact sur la dynamique familiale

La famille constitue un contexte développemental où le rôle étiologique de divers facteurs est difficile à établir parce qu'ils peuvent à la fois contribuer à l'apparition et à l'évolution du TDA/H et être eux-mêmes influencés par le trouble. La nature des interactions que les enfants hyperactifs ont avec leur entourage proche fait l'objet de nombreuses études. Mais leur interprétation n'est pas toujours simple. Dans son livre, Bénony en fait une synthèse (30).

Par exemple Jacobvitz et al. en 2004, observent que des pratiques éducatives restrictives à l'âge de deux ans augmentent le risque de développer des symptômes anxieux et dépressifs à l'âge de sept ans en population générale, tandis que des relations hostiles et négatives augmentent le risque de TDAH et de plaintes somatiques (45).

Dans le même esprit, en 2012, une étude prospective sur trois ans ( avec des garçons de quatre à sept ans), explore la relation entre la qualité de la réponse parentale et les dimensions du TDAH. Elle trouve que moins de sensibilité parentale à quatre ans prédit l'arrivée du TDAH à sept ans, et en particulier la forme avec inattention prédominante. Un comportement paternel intrusif majore quant à lui les comportements d'hyperactivité-impulsivité à l'école (46).

Lorsque l'enfant présente une comorbidité telle qu'un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur, on constate davantage de stress personnel et familial ainsi qu'une réponse moindre aux psychostimulants (47). De même si le TDAH est associé à un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel (48). Plus les troubles associés sont nombreux et sévères plus la qualité du fonctionnement familial est affectée.

Dans leur étude, Lemelin et al. mesurent l'association entre les caractéristiques cliniques de l'enfant (sévérité du TDAH et comorbidités) et les dimensions du fonctionnement familial. Ils utilisent plusieurs échelles pour cela : la *Family Assessment Device* pour le fonctionnement familial, le *SWAN-F* qui évalue la sévérité des symptômes propres au TDAH selon les parents, la version française du *Child Depression Inventory (IDE)* cotée par les enfants et le *MASCH* pour la symptomatologie anxieuse évaluée par l'enfant. (49)

Parmi la variété des symptômes étudiés ce sont ceux liés au TOP et à l'hyperactivité/impulsivité qui sont plus significativement corrélés au fonctionnement familial. Dans les familles d'enfants opposants et défiants les capacités de résolution de problèmes sont inefficaces et la famille dysfonctionnelle. Plus l'enfant est hyperactif/impulsif et plus l'investissement affectif familial est inadéquat. Ce qui peut s'interpréter par le fait que la présence de symptômes perturbateurs

peut interférer sur les relations parents-enfants et affecter la capacité de la famille à s'exprimer et s'investir sur le plan affectif.

Les enfants de leur échantillon bénéficient tous d'un suivi médical. La prise de médicament n'a pas eu d'incidence sur le fonctionnement familial. Une explication serait que les enfants médicamentés sont stabilisés donc leurs symptômes ne sont pas perçus comme plus problématiques que ceux des enfants ayant des symptômes moins sévères donc non médicamentés.

Malgré les différences de méthodologie, beaucoup d'études basées sur l'observation directe des enfants avec leurs parents s'accordent sur le fait que les conflits sont plus fréquents chez les familles d'enfants TDAH par rapport aux familles témoins. Ils sont agités, exigeants, supportent mal les limites, provoquent la colère de leur entourage et nécessitent un cadre plus soutenu (50) (51) (52).

De son côté, Barkley, en 1992, montre dans une étude cas-témoin que les mères d'adolescents avec un TDAH sont plus susceptibles de vivre une souffrance psychologique personnelle et des difficultés conjugales. Les relations mère/adolescent sont plus souvent négatives et plus intenses que celles des mères avec adolescents témoins (53). Ce qui suggère que les difficultés psychologiques parentales donnent lieu à de fréquentes interactions conflictuelles, même lors de discussions apparemment non problématiques.

Les mères d'enfants hyperactifs ont tendance à les ignorer lorsqu'ils se comportent de manière adaptée, elles sont plus critiques, moins encourageantes et affectueuses. Il n'y a pas de différence significative dans les interactions selon le sexe de l'enfant.

La plupart des études ont étudié la relation dyadique mère-enfant, cependant les données disponibles dans la littérature montrent que c'est l'ensemble du système familial qui est perturbé : mère-enfant, père-enfant, fratrie, couple (54).

Par ailleurs, l'évolution de la symptomatologie dépend à la fois du tempérament précoce de l'enfant, de la qualité des soins et pratiques éducatives des parents et du soutien affectif et social reçu par l'entourage.

Dans une étude longitudinale, Barkley, Fischer et al. (cité dans Barkley, 1992 (53)) observent que les familles d'enfants TDAH sont plus souvent instables que celles d'enfants contrôles, sur une période de 8 ans. Les pères avaient changé d'emploi deux fois plus souvent, les parents s'étaient séparés trois fois plus et les familles avaient déménagé quatre fois plus.

Finalement il faut rester prudent face à l'interprétation de ces études car de nombreux facteurs

environnementaux viennent aggraver les relations familiales précaires des enfants hyperactifs, quand ils ne les provoquent pas directement.

La symptomatologie du TDAH peut apparaître précocement pouvant entraîner des difficultés éducatives secondaires.

## D) Comorbidité du TDAH et pathologie de l'attachement

Il y a une augmentation de ces deux catégories diagnostiques dans les consultations de pédopsychiatrie. Deux cadres nosographiques qui ont la particularité d'être transversaux. Le TDAH peut se retrouver dans de nombreuses pathologies tout comme le trouble de l'attachement.

On pourrait se dire que l'un de ces deux diagnostics induit l'autre lors des interactions précoces. Mais la difficulté, comme on l'a vue précédemment, c'est qu'ils sont bien souvent intriqués et combinés à d'autres facteurs de risque.

En 2002, l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (cité dans Lemoust de Lafosse et Blanc, 2016 (55)) affirme que 50 à 80% des enfants placés rencontrent des troubles significatifs sur les plans affectif, comportemental et relationnel. On peut penser que du fait de leurs traumatismes, carences précoces et insécurité psychique ces jeunes sont poussés à l'agir (TOP, TDAH, trouble anxieux, dépression) pour « ne pas penser ». Winnicott (56) explique ces comportements par « l'espoir relatif à la réparation d'un traumatisme dû à un sevrage affectif ».

Un autre exemple, le trouble anxieux peut à la fois être une comorbidité du TDAH et la raison pour laquelle une symptomatologie d'instabilité psychomotrice se développe, dans un contexte d'insécurité psychique où les pensées « se bousculent ».

Il en est de même pour le trouble des apprentissages. Ces derniers nécessitent une bonne estime de soi, un niveau de langage correct et une confiance en l'adulte. L'enfant est confronté à l'inconnu pouvant entraîner stress ou inconfort émotionnel qui va activer le système d'attachement. Or ces caractéristiques nécessaires peuvent être altérées dans un trouble de l'attachement et dans un TDAH. Dans ces deux catégories diagnostiques les enfants ont une représentation négative d'eux-mêmes, un haut niveau d'anxiété et des difficultés dans les relations à l'autre.

On voit donc que le style d'attachement peut avoir un impact sur l'expression et l'évolution clinique du TDAH, en particulier dans les familles vulnérables. Un attachement de qualité semble

limiter les complications évolutives du trouble, en particulier la comorbidité à un trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation.

La nature du lien entre TDAH et attachement reste peu comprise, faute de données suffisantes et d'une intrication perpétuelle mais des difficultés de régulation émotionnelle constituent un trait commun au trouble réactionnel de l'attachement et au TDAH ainsi que l'existence de facteurs de risque périnataux communs.

En conclusion, le soutien précoce à la parentalité en périnatalité dans les familles à risque est à promouvoir. Or en pédopsychiatrie, on est souvent sollicité bien plus tard.

Quelle que soit la position qui va influencer préférentiellement notre pratique, il faut choisir comment prendre le TDAH en charge. On va donc s'intéresser à la prise en charge qui permettrait de travailler sur les sous-basements du trouble. L'hypothèse serait que la prise en charge familiale est idéale puisque centrée sur les relations au sein du groupe familial.

### III – Prise en charge

Dans ce chapitre, nous allons développer les différents traitements existants et ayant fait preuve de leur efficacité chez les enfants et adolescents porteurs d'un TDAH, dans la littérature ancienne et actuelle.

En psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, les prises en charge psychothérapeutiques sont recommandées en première intention, hors situation d'urgence, avant tout traitement médicamenteux. Elles peuvent être individuelles, en groupes, familiales et sont bien souvent transdisciplinaires. En deuxième intention, si on n'obtient pas ou peu d'efficacité de la psychothérapie, la prescription médicamenteuse est envisagée, de préférence en association à une psychothérapie.

#### A) Traitement médicamenteux

##### 1) Psychostimulants (57) (58)

En France, seul le méthylphénidate à l'AMM dans la prise en charge du TDAH chez l'enfant à partir de six ans et l'adolescent. Il nécessite une prescription hospitalière initiale par un psychiatre,

un pédiatre ou un neurologue et est inscrit sur la liste des stupéfiants. Son renouvellement se fait par période de vingt-huit jours, sur ordonnance sécurisée et doit être réévalué tous les ans.

Le méthylphénidate est le psychostimulant le plus étudié. Mais de nombreuses études sont de courtes durées (inférieures à trois mois) et de faible qualité méthodologique (59) (60). Pourtant dans la pratique, il est administré à long terme étant donné que la problématique peut persister à l'adolescence voir à l'âge adulte.

Il s'agit d'un stimulant du système nerveux central qui favorise la libération de dopamine et de noradrénaline en inhibant leur recapture. On a donc une amélioration des fonctions cognitives et de l'attention tout en diminuant l'impulsivité.

Il existe deux formes : la forme à libération immédiate (LI) avec un maximum de 60 mg /j, en deux ou trois prises avec un effet sur 4 à 5h et la forme à libération prolongée (LP) qui a un effet sur 8h à 12h.

#### **Pharmacocinétique des différentes formes galéniques :**

<b>Produit°</b>	<b>Durée d'action</b>	<b>Dosage</b>
Ritaline°	4 h	Cp. 10 mg
Ritaline LP°	8 h	Gel. 10, 20 et 30 mg
Quasym LP°	8 h	Gel. 10, 20 et 30 mg
Medikinet°	8 h	Gel. 5, 10, 20, 30, 40 mg
Concerta LP	12 h	Cp. 18, 36, 54 mg

L'avantage de la forme LP c'est surtout d'avoir une meilleure observance du traitement avec une prise par jour.

Le choix du produit et la posologie sont bien sûr adaptés à chaque situation en fonction du mode de vie de l'enfant.

Les effets indésirables les plus fréquents rapportés par les parents sont la perte d'appétit et les difficultés d'endormissement. Une information éclairée et une éducation thérapeutique avec des règles d'hygiène de vie sont nécessaires pour conseiller et rassurer les parents. On peut aussi constater une irritabilité, une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, des céphalées et des douleurs abdominales. C'est pourquoi le suivi pédiatrique est indispensable.

Le retard staturo-pondéral est une source d'inquiétude pour les parents mais bien souvent à l'arrêt du traitement on observe un retour à la normalité de la croissance, cela n'affecte pas la taille à l'âge adulte, il est utile de programmer des fenêtres thérapeutiques pendant les vacances.

Le traitement doit être donné avec prudence en cas d'épilepsie stabilisée, de tics ou de troubles envahissants du développement. Car il existe un risque d'aggravation de ces pathologies au début du traitement. Le risque d'une dépression secondaire à la mise en route du médicament sera aussi à surveiller.

Les contre-indications sont majoritairement une pathologie cardiaque non stabilisée, le glaucome, l'hyperthyroïdie et l'introduction avant six ans.

En 2007, une étude randomisée étudie le méthylphénidate chez des enfants entre 3 et 5 ans et demi. On retrouve une amélioration des symptômes après quatre semaines selon l'évaluation des parents et des enseignants mais le nombre d'enfants montrant une réponse optimale étant le même pour le méthylphénidate que pour le placebo (61).

Par ailleurs, vu le développement cérébral précoce des enfants à cet âge, la médication doit être prudente. L'établissement d'un diagnostic à l'âge préscolaire est un défi devant une instabilité psychomotrice qui peut être physiologique chez des enfants de cet âge. C'est pourquoi les médicaments étudiés dans le TDAH ont principalement été étudié chez des enfants à partir de cinq ans, on ne peut donc les généraliser aux enfants plus jeunes.

Les recommandations actuelles préconisent le traitement médicamenteux en seconde intention, lorsque la prise en charge non médicamenteuse est insuffisante.

L'étude MTA (Multimodal Treatment Study of Children With ADHD) est l'étude randomisée la plus importante et la plus rigoureuse comparant le traitement psychostimulant à une prise en charge non médicamenteuse, chez des enfants de sept à dix ans atteint de TDAH, sur une période de quatorze mois (62).

Des enfants qui avaient répondu auparavant au méthylphénidate ont reçu un des traitements suivants :

- méthylphénidate seul
- prise en charge psychosociale hebdomadaire (rendez-vous familiaux, psychothérapie individuelle, groupe d'habiletés sociales, training académique)
- traitement combiné : méthylphénidate / prise en charge psychosociale
- groupe contrôle : prise en charge classique (suivi médical avec autres classes thérapeutiques)

Dans les quatre groupes ont a une réduction des symptômes après quatorze mois, avec des

différences significatives entre eux.

Sur la symptomatologie principale du TDAH (trouble de l'attention, hyperactivité, impulsivité), les enfants des groupes combiné et méthylphénidate ont présenté une amélioration significativement plus importante que ceux recevant le traitement comportemental intensif et ceux du groupe contrôle, selon l'évaluation des parents et des enseignants.

A noter que pour l'hyperactivité, seuls les parents ont noté une supériorité du méthylphénidate par rapport au psychosocial.

En revanche, en ce qui concerne l'effet sur la relation parents-enfants, les aptitudes sociales et les troubles externalisés/internalisés, seul le traitement combiné s'est révélé significativement supérieur au traitement comportemental et aux soins classiques alors que le méthylphénidate ne l'était pas.

Une analyse ultérieure effectuée après la première publication des résultats montre que les enfants avec comorbidités TOP ou TC ont mieux répondu au traitement médicamenteux que ceux sans comorbidité.

Dans cette étude, le traitement combiné n'a donc pas apporté d'avantages significativement supérieurs à ceux du psychostimulants pour les principaux symptômes du TDAH, mais il s'est avéré plus opérant pour les symptômes autres que le TDAH ainsi que pour les habiletés sociales.

Il est important d'informer les familles que le médicament n'est pas « magique » et ne résoudra pas toutes les difficultés. La famille doit partager une dynamique de changement dans leur fonctionnement et dans les relations intra familiales.

Avec la mise en route du médicament et l'amélioration des principaux symptômes du trouble, le dialogue va normalement se ré ouvrir entre parents et enfant, l'enfant va retrouver confiance en lui en retrouvant la confiance de ses parents, et sera plus disponible pour les apprentissages et les relations sociales. L'amélioration de la concentration favorise la continuité de la pensée, un travail psychothérapeutique individuel peut s'avérer pertinent à ce moment-là.

## 2) Traitement non psychostimulant (57)

Il existe des alternatives aux psychostimulants lorsque les patients rencontrent des problèmes de tolérance ou d'échec tu traitement ou en présence de comorbidités telles que le syndrome de Gilles de La Tourette, un TSA sévère ou un syndrome dépressif sévère.

## a) L'atomoxétine

L'atomoxétine, STRATTERA<sup>®</sup>, est le premier médicament non stimulant commercialisé aux Etats Unis depuis 2002, et au Royaume Uni depuis 2004, dans l'indication du TDAH chez l'enfant de plus de six ans et chez l'adolescent. En France, la prescription est réglementée et fait l'objet d'une demande d'Autorisation Temporaire d'Utilisation nominative par un spécialiste et la délivrance est hospitalière.

Il s'agit d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline (agit sur son transporteur présynaptique).

Six essais cliniques randomisés en double aveugle à courts termes ont évalué l'atomoxétine versus placebo (63). L'efficacité de la molécule active sur vingt-quatre heures a été démontré avec une prise par jour. Des effets bénéfiques ont été observé le soir et au coucher (meilleure attention sur les devoirs, reste au lit une fois couché) jusqu'au lendemain matin (moins de difficultés pour s'organiser et se préparer pour aller à l'école). On a donc une amélioration aussi bien à l'école qu'en famille, ce qui améliore la qualité de vie de l'enfant et de sa famille.

En 2004, une étude randomisée en double aveugle a montré que l'atomoxétine en continue, chez des enfants initialement répondeurs à la molécule, permet un contrôle efficace des symptômes du TDAH pour une durée allant jusqu'à 18 mois, avec moins de récurrences symptomatologiques contrairement au placebo (64).

Chez les adolescents, une méta-analyse portant sur les 12-18 ans a mis en évidence, selon l'évaluation des parents, une amélioration des symptômes les trois premiers mois, puis une stabilité avec une bonne tolérance du traitement pendant deux ans (65).

L'atomoxétine s'est aussi révélée efficace sur les symptômes du TDAH chez des enfants atteints de tics chroniques ou d'un syndrome de Gilles de la Tourette, sans entraîner d'aggravation des tics. Elle est donc une alternative intéressante pour ces patients (66).

La posologie recommandée est de 1,2mg/kg/j selon les données cliniques récentes. Les effets secondaires les plus fréquents sont les troubles digestifs et une somnolence, mais souvent ce sont des effets transitoires au début du traitement. Contrairement au méthylphénidate on retrouve rarement une irritabilité ou des troubles du sommeil.

La surveillance cardiovasculaire est nécessaire pour les patients présentant une pathologie cardiaque (risque d'augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle).

En début de traitement on peut observer une légère perte de poids pour des posologies élevées mais la croissance se normalise après deux ans de traitement.

L'atomoxétine est contre indiquée en cas de pathologie hépatique car elle augmente les enzymes hépatiques ainsi que la bilirubine.

### b) Les antidépresseurs tricycliques

Leur efficacité sur les symptômes du TDAH chez l'enfant est démontrée dans des études randomisées à court terme mais la taille de l'effet est moindre que ce qui est observé avec les psychostimulants. Ils imposent une surveillance clinique étroite du fait de leur cardiotoxicité et doivent donc être utilisés avec prudence (67).

### c) La dexamphétamine

La dexamphétamine, DEXEDRINE©, est une substance sympathicomimétique à action centrale stimulante. Elle a été moins souvent étudiée que le méthylphénidate et les études disponibles sont souvent de faible qualité. Selon ces études, la dexamphétamine entraîne une diminution de l'hyperactivité et une amélioration de la qualité de vie (68).

Les effets indésirables sont une diminution de l'appétit et des troubles du sommeil. Les contre-indications sont les mêmes que celles du méthylphénidate. La dexamphétamine doit être arrêtée progressivement étant donné que la fatigue et une dépression pourraient survenir en cas d'arrêt brusque du traitement.

### d) La clonidine

La clonidine, CATAPRESSAN©, peut être intéressante sur la symptomatologie hyperactivité/impulsivité mais vu le manque de données concernant l'efficacité et les effets indésirables elle n'est pas prescrite en routine. C'est un traitement qui ne doit pas être arrêté brutalement (risque d'hypertension rebond).

## B) Prises en charges non médicamenteuses

En complément de la pharmacothérapie qui est souvent suggérée en 1ère intention, il est intéressant de proposer aux enfants et adolescents TDAH certaines interventions complémentaires. D'autant que comme nous l'avons vu, certains patients répondent mal ou pas à la médication.

Aux vues de la psychopathologie et du retentissement du trouble, il paraît pertinent de proposer une thérapie individuelle associée à une intervention plus globale auprès de la famille. C'est ce que nous allons développer dans la suite.

### 1) Thérapie cognitivo-comportementale / remédiation cognitive

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont un ensemble de thérapies qui visent à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.

Les enfants porteurs d'un TDAH souffrent d'une faible estime de soi avec des pensées négatives sur leur vie. Certaines TCC aide à inverser cette négativité. C'est un outil qui favorise la concentration, l'organisation et améliore la capacité à contrôler les émotions et les relations sociales.

Développée il y a une quarantaine d'années, elle est reconnue scientifiquement dans le traitement de l'anxiété, de la dépression, des troubles obsessionnels compulsifs et des troubles du comportement alimentaire. C'est seulement depuis une dizaine d'années qu'elle est utilisée dans le TDAH. En France, elle est encore peu rependue mais de plus en plus de chercheurs s'y intéressent et suggèrent qu'associée au médicament, elle est plus efficace pour contrôler les symptômes cardinaux que le traitement médicamenteux seul. Elle permet d'agir sur les symptômes résiduels, ainsi que sur les habiletés sociales et les performances scolaires.

Un de ses avantages est qu'elle permet d'obtenir des résultats rapides. On peut voir une amélioration typiquement en dix à quinze séances.

Dans la littérature, la plupart des études donnent des résultats sur TCC et TDAH associé à un autre trouble.

En 2010, l'équipe de Mme Verreault (69), psychologue à Montréal, évalue l'efficacité d'un programme cognitivo-comportemental adaptés aux enfants porteurs d'un TDAH concomitant à un

trouble anxieux. Avec une intervention intensive auprès des parents.

Cette étude est intéressante du fait de la fréquence de cette comorbidité dans le TDAH. Ce sont des enfants qui ont plus de difficultés à gérer leur anxiété en raison de leurs troubles cognitifs. Parallèlement, l'anxiété peut aggraver les problèmes d'attention et de concentration et la présence de cognitions anxiogènes entrave la mémoire de travail. D'un autre côté, il a été démontré scientifiquement que les enfants porteurs d'un TDAH associé à un trouble anxieux ont une meilleure capacité d'inhibition. L'hypothèse serait que l'enfant inhibe les réponses non pertinentes dans sa volonté de réussir. L'anxiété a ainsi un impact positif sur l'impulsivité.

A la fin du programme de l'étude, il ressort une amélioration significative des difficultés de concentration pour la majorité des enfants ainsi qu'une amélioration de la symptomatologie anxieuse telle qu'elle ne répond plus aux critères diagnostiques du trouble anxieux. Les enfants se considèrent davantage à la hauteur des attentes de leur entourage. Ce qui peut expliquer qu'ils soient plus disponibles pour se concentrer sur leurs tâches. Et les parents jugent que leur enfant présente moins de comportements en lien avec l'hyperactivité et est plus adaptable à son environnement.

Ici nous pouvons nous demander si c'est la spécificité de la thérapie qui fonctionne ou surtout l'intensité de prise en charge et l'élargissement aux parents.

En 2011, une nouvelle étude de Mme Verreault confirme ces résultats (70). Un programme d'intervention multidimensionnel, basé sur le modèle comportemental, permet une meilleure gestion de l'environnement par l'enfant TDAH, une diminution du stress parental et une meilleure qualité de la relation parents/enfant.

Une étude récente nuance les résultats de la TCC sur la concomitance du trouble anxieux dans le TDAH (71). Dans ses résultats les scores de sévérité de l'anxiété ne prédisposent pas aux résultats sur le TDAH. Elle conclut que l'amélioration du TDAH n'est pas apparue liée à l'amélioration de l'anxiété.

La remédiation cognitive peut aussi être proposée dans le TDAH.

La TCC s'intéresse aux contenus et à l'interprétation des pensées avec l'idée qu'ils sont erronés et qu'il faut les corriger tandis que la remédiation cognitive s'attache aux processus cognitifs, c'est-à-dire aux processus de traitement de l'information faisant intervenir les mécanismes de mémorisation, d'attention, de planification et de vitesse de traitement (72). Elle aide au développement de ces capacités afin de mieux s'adapter à son environnement et favoriser l'autonomie. Elle tient son origine des études portant sur la plasticité cérébrale

On peut y associer une remédiation métacognitive qui propose au sujet de réfléchir sur ses

propres processus cognitifs, partant du principe que pour s'améliorer il faut être conscient de son propre fonctionnement.

Dans le TDAH, la remédiation cognitive se présente sous la forme d'entraînements cognitifs informatisés centrés sur les déficits des fonctions attentionnelles et exécutives (73). Elle apporte des améliorations significatives du rendement des enfants sur des tâches d'attention partagée avec maintien des acquis trois mois après l'arrêt de l'intervention. Pour cela l'intervention doit être intense et les exercices suffisamment répétés pour favoriser le développement d'automatismes.

Un autre type d'intervention comportementale est intéressant dans le TDAH : les entraînements aux habiletés sociales.

On estime que 50 à 80% des enfants porteurs du trouble vivent du rejet de la part de leurs pairs. Ceux qui parviennent à avoir une relation amicale sont souvent dans l'embarras pour la garder en raison de leurs difficultés comportementales et de leurs intérêts qui diffèrent de ceux de leurs pairs (52).

De nombreux travaux ont été menés pour développer des programmes d'entraînement aux habiletés sociales chez ces enfants. Ils visent à diminuer les comportements sociaux négatifs pour améliorer les habiletés sociales. Mais souvent celles-ci s'améliorent dans le milieu d'intervention alors que les enfants ne généralisent pas les comportements appris dans leurs différents milieux de vie et ne les maintiennent pas dans le temps.

En 2018, une équipe québécoise évalue l'efficacité du programme « Multi Propulsion » (74). Une intervention conçue pour les enfants TDAH avec des problèmes d'autocontrôle ou de régulation des émotions. Il inclut une activité réflexive sur la nécessité du changement de comportement, des activités de mise à niveau des connaissances concernant l'habileté sociale visée, des activités pratiques sous la forme de jeux de rôles et d'activités artistiques et un système de renforcement positif. Les résultats sont favorables avec une diminution des problèmes comportementaux significativement associée à l'amélioration des habiletés sociales.

Dans ce programme, les activités ont été choisies en fonction de l'importance que la famille accorde à l'habileté sociale visée, afin d'être en adéquation avec les besoins exprimés. Les comportements affiliatifs (ex : être bon joueur, apprendre à partager) et les comportements d'approche (ex : engager et conduire une conversation, faire des commentaires positifs) sont les thèmes les plus importants sélectionnés par les familles.

Les auteurs soulignent l'importance de proposer des interventions prolongées (12 à 14 semaines minimum), avec des activités structurées à réaliser à la maison, ainsi que la participation

des parents. Des ateliers parents sont proposés, tels qu'aider l'enfant à évaluer adéquatement les interactions sociales ou aider l'enfant à résoudre des problèmes sociaux. Les parents sont reconnus comme des vecteurs de changement dans les comportements sociaux de leurs enfants. Ils favorisent la pratique autonome dans les milieux de vie de l'enfant, à l'école, lors des loisirs ou dans la famille. Cela permet d'encourager la généralisation des comportements attendus.

Ils concluent qu'il paraît plus important de travailler un petit nombre d'habiletés afin de s'assurer de leurs réalisations autonomes, dans le temps prévu, que de viser une multitude d'habiletés sans respect des conditions d'efficacité du programme.

En conclusion, les thérapies cognitives et comportementales ont un rôle à jouer complémentaire à la pharmacopée pour la réduction des symptômes principaux du trouble, ainsi que sur la symptomatologie associée comme l'anxiété ou les difficultés d'apprentissage, et sur les habiletés sociales. Leurs limites tiennent à ce que les progrès réalisés tendent à s'estomper avec le temps et bien souvent se généralisent peu à des situations autres que celles dans lesquelles l'apprentissage a eu lieu.

## 2) Intérêt des thérapies d'inspiration psychanalytique

Dans la littérature française et internationale, nous retrouvons peu d'études évaluant l'efficacité des thérapies psychanalytiques chez les sujets TDAH.

En 2014, une pédopsychiatre française interroge cette question dans une recherche personnelle (19). A partir de son travail, nous allons tenter de montrer dans quelle mesure ce type de prise en charge peut être bénéfique pour ces patients.

Une revue de la littérature anglo-saxonne (75) préconise des psychothérapies à long terme, nécessaires pour que se développe un processus dynamique transférentiel chez ces enfants qui ont des difficultés d'investissement de la relation à l'autre ; ainsi que la prise en compte des facteurs environnementaux précoces, du fonctionnement cognitif et de la comorbidité anxieuse.

Celle-ci apparaît comme facteur prédictif de réponse favorable aux psychothérapies analytiques. Quand on sait que la prévalence du trouble anxieux est d'environ 30% dans le TDAH, les thérapies d'inspiration analytiques semblent une piste intéressante pour cette catégorie clinique. Un niveau d'anxiété faible chez la mère est aussi corrélé à une meilleure efficacité de ce type de prise en charge. A l'inverse, l'association aux troubles des apprentissages ou un attachement de type évitant serait prédictif d'une moindre amélioration.

Ici le thérapeute ne traite pas une pathologie mais un sujet, ce qui lui permet d'explorer la clinique tout en tenant compte des effets des modifications environnementales en termes de dynamique familiale ou d'évolution sociale.

Ici aussi il est important que les parents est une place au sein du processus thérapeutique, en les investissant comme « co-créateurs » du dispositif thérapeutique par un travail d'étayage et de réflexion commune. Cela renforce l'alliance thérapeutique et diminue le sentiment d'incompétence perçu de leur fonction parentale. Selon Berger (2013) (20), ne plus sous-entendre leur responsabilité directe favorise une renarcissisation et un apaisement des attitudes hostiles envers leur enfant.

Dans un second temps, il décrit la possibilité d'un travail psychothérapeutique sur l'enfance des parents et leurs projections sur leur enfant, voir leur permettre d'accéder à un travail psychothérapeutique individuel.

Dans cette revue de la littérature, l'auteure questionne l'intérêt d'une association entre psychothérapie analytique et pharmacothérapie.

Le travail psychothérapeutique pour des enfants souffrant d'un TDAH peut rencontrer des difficultés du fait des troubles de la mentalisation et de la symbolisation de ces enfants, qui peuvent se manifester par des troubles du comportement en séance.

Il fait le lien avec un article de Jeammet (76). Il explique que les psychotropes « offrent la possibilité de délivrer le sujet, pour partie, du poids des contraintes émotionnelles et cognitives qui freinent ses capacités d'élaboration et de déplacement ». Selon cette idée, les psychotropes apportent un apaisement de la contrainte biologique interne portant sur l'atténuation de l'instabilité et le renforcement de l'attention, agissant comme un moyen de contenance du Moi. La discontinuité de pensée amoindrie favorise le passage des représentations de choses aux représentations de mots. En émergeant, les capacités narratives du sujet peuvent soutenir l'identité narrative du sujet.

L'émergence de ces capacités, conscientes ou inconscientes, participe à soutenir le processus analytique et le processus développemental.

### 3) Le travail avec la famille

Comme nous l'avons vu précédemment l'impact relationnel du trouble peut être majeur, en particulier dans la famille proche. Il est significativement associé à l'intensité et au type de symptomatologie ainsi qu'à la présence de comorbidités.

Dans cette partie nous allons développer les prises en charges parentales et familiales

existantes dans le TDAH et tenter de montrer leur intérêt et l'importance de les développer dans le cadre d'un traitement multimodal, pour aider au mieux ces familles au quotidien.

### a) Psychoéducation et guidance parentale

Dans son analyse des ajustements cognitivoémotionnels familiaux dans les familles d'enfants porteurs d'un TDAH, Celestin (77) rapporte une tendance parentale à recourir à un mode éducationnel coercitif comme tentative de réponse aux comportements perturbateurs de leur enfant. Ils peuvent, non intentionnellement, développer des stratégies éducatives mal adaptées voire contreproductives. Par exemple, ils tendent à ignorer les comportements adaptés de leur enfant et réagissent aux comportements inadaptés.

Les parents se sentent souvent débordés et démunis face aux attitudes « incontrôlées » de leur enfant. Ils ont parfois l'impression que l'enfant se comporte mal intentionnellement tandis que l'enfant ne se sent pas apte à répondre aux exigences parentales ne comprenant pas lui-même certains de ses comportements. Avec pour résultat que les parents en arrivent à remettre leurs capacités éducatives en question et l'enfant sa capacité à se faire aimer.

Ce qui peut conduire la famille à l'isolement du cercle familial et social élargi. D'où l'importance de travailler avec l'enfant et sa famille sur la compréhension du trouble afin de dédramatiser les difficultés et de les accompagner dans la gestion des comportements au quotidien.

La psychoéducation est généralement considérée comme une étape initiale importante dans la prise en charge des enfants et des adolescents atteints de TDAH. Pourtant il ne s'agit pas d'une intervention fréquemment évaluée. Il apparaît donc nécessaire d'explorer les avantages de la psychoéducation dans cette population. En 2010, Montoya et son équipe tentent de répondre à cette question (78).

La psychoéducation doit être comprise comme une intervention principalement informative intégrant des composants à la fois psychothérapeutiques et éducatifs, elle peut inclure toute tentative du clinicien de fournir au patient des informations sur la maladie et son traitement. La fourniture de brochures, la visualisation de bandes vidéo relèvent déjà de ce concept. L'importance de ces programmes éducatifs réside dans le fait de chasser les idées reçues et faire de ces familles et de ces jeunes des agents actifs dans la prise de décision afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique. Dans la plupart des études examinées, la psychoéducation était associée à des stratégies de résolution de problèmes, à la communication ou à la formation à l'affirmation de soi.

La combinaison d'approches différentes pour le TDAH rend difficile la compréhension des

effets réels de l'intervention psychopédagogique. Attribuer une amélioration éventuelle à la psychoéducation pure, alors que différentes interventions sont combinées, peut-être une erreur, les résultats doivent être interprétés avec prudence. A l'heure actuelle, il n'existe pas de définition concrète de ce que devraient être les interventions psychoéducatives dans le TDAH, ni les résultats attendus.

Dans la littérature scientifique, la psychoéducation a surtout été développé et a montré des bénéfices dans la schizophrénie chez les adultes. La schizophrénie et le TDAH sont des troubles très différents par conséquent, les objectifs des interventions ne peuvent pas être les mêmes. Un concept de psychoéducation plus adapté aux enfants atteints de TDAH et à leurs familles est donc nécessaire. Dans les recherches futures, il faudrait redéfinir le rôle de la psychoéducation dans le traitement global des enfants atteints de TDAH et ce qu'elle devrait inclure.

Dans sa revue, Montoya met tout de même en évidence le rôle potentiel de la psychoéducation dans un certain nombre de domaines : amélioration de l'observance du traitement médical, réduction du nombre de conflits parents-enfant, réduction des comportements externalisés type impulsivité et opposition. Par ailleurs, l'efficacité du programme de psychoéducation est renforcée lorsqu'il est associé à un médicament. Ces résultats sont conformes aux études antérieures montrant une efficacité plus élevée des thérapies combinées chez certains enfants et adolescents atteints de TDAH (type l'étude MTA dont nous avons parlé plus haut (62)). Il a aussi été démontré que les connaissances des parents sur le TDAH étaient positivement liées à l'acceptation des médicaments.

Nous pouvons tout de même nous dire que la première chose que les parents doivent savoir, c'est que le TDA/H ne signifie pas qu'ils soient responsables ou de mauvais parents. Ils peuvent apprendre à parler, jouer et travailler avec leur enfant afin d'améliorer son attention et son comportement. La formation et la guidance parentale sont primordiales du fait que ce sont les parents qui ont le plus haut niveau d'interactions avec eux à la maison.

Il a été démontré que ce type de traitement diminue le niveau de stress des parents et renforce leur confiance en eux. Les préoccupations des parents concernant les causes, le traitement et le pronostic de la maladie de leurs enfants doivent être discutées et un soutien aux parents doit être proposé.

Les interventions psychoéducatives doivent être considérées comme faisant partie d'une approche multidimensionnelle des jeunes TDAH et de leur environnement une fois le diagnostic établi et également tout au long de son traitement.

Une compréhension des méthodes parentales infructueuses et une formation à des méthodes plus efficaces pourraient réduire efficacement les symptômes du TDAH. La formation des parents leur permet de mieux comprendre la nature du trouble, de prendre davantage confiance en eux pour jouer leur rôle de parent et les aidera également à contrôler et à réduire les comportements inappropriés de leurs enfants. D'où le développement de nombreux groupes de formation aux habiletés parentales ces dernières années.

## b) Groupes d'habiletés parentales

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) s'inscrivent dans une perspective psycho-éducative. Parce qu'ils répondent aux problématiques familiales et sociales, ils représentent une intervention thérapeutique alternative ou complémentaire au traitement pharmacologique. Selon Barkley (cité dans Hauth-Charlier (79)), les PEHP trouvent leur fondement dans l'hypothèse que certaines pratiques éducatives parentales dites inadaptées ou incohérentes, sont au moins partiellement responsables du développement et du maintien des troubles du comportement. Hauth-Charlier et Clément, en 2009, ont étudié les facteurs de réussite de ces programmes dans la littérature (80). Elles en dégagent cinq essentiels que nous allons détailler : le nombre de rencontres, les contenus et thèmes abordés, les supports d'enseignement utilisés, le format et le cadre.

Le nombre optimal de séances varie de huit à quinze en moyenne, sous la forme de rencontres hebdomadaires ou bimensuelles. Un trop grand nombre pourrait freiner l'engagement des parents dans le programme.

Parmi les thèmes abordés, on retrouve fréquemment le développement de l'enfant et la connaissance du trouble avec les facteurs de risques au maintien et à l'augmentation des difficultés comportementales, afin d'aider les parents dans la compréhension des principes d'apprentissage social qui sous-tendent l'évolution des comportements de leur enfant. Sont abordées aussi les questions d'attention sélective et d'immédiateté, les systèmes de renforcement et d'attention positive (félicitation, encouragement) ou de punition afin d'augmenter la fréquence d'apparition des comportements désirés et ignorer les comportements indésirables.

Quant aux supports d'enseignements ils sont variables, l'élément essentiel est l'implication active des parents en sollicitant leurs idées et définir avec eux les objectifs à atteindre. Pour cela, souvent il est remis aux patients des manuscrits présentant les points essentiels comme bases de

référence au domicile, avec parfois des exercices à la maison. Les supports vidéos ont aussi montré leurs bienfaits, en particulier pour pallier les difficultés verbales de certains participants. Les jeux de rôles permettent un enseignement plus vivant et adaptable à chaque problématique familiale.

Pour ce qui est du format il y a différents adeptes. Patterson, en 1976 (cité par Hauth-Charlier et Clément (80)), a préféré le format individuel qui a l'avantage d'être adaptable à la famille, mais ils sont bien souvent couteux en temps et en argent pour la famille. Pour ce qui est des groupes, plébiscité par Barkley, ils sont donc moins onéreux mais surtout offre l'opportunité d'échanger avec d'autres parents et ainsi de trouver un soutien social qui fait souvent défaut au quotidien, de dédramatiser et déculpabiliser (80).

Pour finir, le cadre, les PEHP se déroulent majoritairement aux seins de services hospitaliers. Etant donné le lieu qui peut être angoissant pour les parents, il serait intéressant de réfléchir à déplacer ce type de prise en charge sur des structures externes sans lien avec le soin (par exemple : école, maison de quartier).

Hauth-Charlier et Clément se sont aussi penchés sur les caractéristiques familiales pouvant influencer la réussite de ce type d'enseignement ou au contraire limité les bénéfices.

Il en ressort que les familles les plus éduquées tireraient davantage profit de ces programmes car elles intégreraient plus aisément les concepts proposés. Le climat conjugal influe nécessairement sur la réussite étant donné les désaccords fréquents dans les couples au sujet de la gestion des comportements de leur enfant. Les PEHP ont montré des bénéfices sur le stress parental mais pas sur la satisfaction conjugale au sein des couples en fort désaccord, des entretiens individuels peuvent parfois être proposés pour y remédier. Pour finir la psychopathologie parentale a un impact sur la réussite et les parents porteurs eux-mêmes de troubles internalisés ou externalisés ont plus de difficultés à adhérer au programme.

Un des programmes souvent évoqué dans les associations de soutien aux enfants TDAH, proposés par les professionnels du trouble et qui possède une certaine ancienneté et une efficacité démontrée c'est le programme Barkley. Développé par le Docteur Russel Barkley depuis plus de trente ans. Il porte notamment sur la non-compliance, c'est-à-dire la difficulté à adhérer aux règles sociales ou familiales notamment en raison des déficits cognitifs sous-jacents, déficit de l'attention soutenue, de la modulation et de l'autocontrôle du comportement, des stratégies de recherche et de résolution de problèmes. Il s'inscrit dans un champ comportemental et cognitif : il vise à modifier certaines pensées et certains comportements que les parents peuvent avoir vis-à-vis de l'enfant.

Le premier objectif du programme de Barkley est le même que la majorité des PEHP, et l'objet de la première séance, c'est la compréhension du trouble. Le programme ne vise pas à guérir, mais à diminuer l'intensité des comportements inadaptés et surtout à rétablir des relations plus sereines entre l'enfant et ses parents. Pour cela il se compose de dix séances (81).

- **Première séance** : données actuelles sur le TDAH
- **Deuxième séance** : la non-compliance / la désobéissance
- **Troisième séance** : le moment spécial
- **Quatrième séance** : donner des ordres efficaces
- **Cinquième séance** : le système des points, jetons ou gommettes
- **Sixième séance** : prêter attention à l'enfant lorsqu'il ne dérange pas
- **Septième séance** : le comportement à l'école et les devoirs
- **Huitième séance** : le time out (ou mettre l'enfant à l'écart)
- **Neuvième séance** : les lieux publics
- **Dixième séance** : anticiper les comportements futurs

En 2009, Hauth-Charlier a évalué le programme Barkley auprès d'une population française de parents avec enfants porteurs d'un TDAH (79). Il en est ressorti que les parents d'enfants présentant un TDAH témoignaient d'un fonctionnement familial altéré, principalement lié aux caractéristiques de leurs enfants et suite à la participation au PEHP, l'auteur a noté une diminution du stress parental et une augmentation du bien-être familial. L'intervention n'a engendré qu'une relative amélioration du comportement de l'enfant. Elle explique cette absence de significativité par le fait que les comportements perturbateurs des enfants présentant un TDAH sont si importants qu'il est difficile de noter une amélioration majeure de ces comportements entre le début et la fin du traitement.

Hauth-Charlier et Clément, en 2014, vont de nouveau explorer l'efficacité d'un PEHP adapté à la population française dans la réduction des comportements perturbateurs de l'enfant ou de l'adolescent dans le milieu familial (82). Avec comme objectifs : évaluer si l'efficacité du programme est variable selon l'âge des enfants concernés, et si la fréquence et l'intensité de ces comportements peuvent, au terme du programme, s'apparenter à ceux d'un groupe d'enfants ou d'adolescents témoins.

Les principaux résultats de cette étude mettent en évidence une diminution de la sévérité des comportements perturbateurs des enfants et des adolescents ayant un TDAH suite à la participation de leurs parents au PEHP. Toutefois les parents relèvent des comportements perturbateurs moins intenses après le PEHP mais ils en dénombrent toujours autant qu'auparavant. L'objectif de cette

intervention étant de former les parents à observer les comportements de leur enfant afin de pouvoir y réagir de façon adaptée, il est possible que leur capacité d'observation, affinée, les amène à reconnaître des comportements qu'ils n'étaient pas en mesure d'observer précédemment. En ce qui concerne les adolescents ayant un TDAH, leurs parents rapportent moins de situations problématiques ainsi qu'une diminution de leur intensité.

Quant à la comparaison du nombre et de l'intensité des comportements perturbateurs rapportés par les parents d'enfants et d'adolescents ayant un TDAH, avant et après l'intervention, à ceux rapportés par les parents d'enfants et d'adolescents témoins, seule l'intensité des comportements perturbateurs rejoint, après le PEHP, celle relevée dans la population témoin.

Ce constat montre que même si les parents de jeunes ayant un TDAH rencontrent toujours davantage de situations difficiles que les parents de jeunes sans trouble, ils parviennent à les gérer de manière équivalente à ces derniers.

Nous venons de voir l'intérêt d'aider les parents dans la gestion quotidienne des comportements perturbateurs répétés de leur enfant, maintenant nous allons tenter de montrer avec l'approche de la thérapie familiale, l'intérêt d'un travail sur les relations intra familiales pour dédramatiser, aider à la compréhension des difficultés de chacun avec le trouble et maintenir la cohésion du groupe familial. Pour une famille plus à même de communiquer et de résoudre ses problèmes, l'impact des comportements perturbateurs sera moins important.

### c) Les thérapies familiales

« Relève de la thérapie familiale toute forme de consultation ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie d'une ou plusieurs personnes en souffrance, c'est-à-dire partageant une destinée commune » (définition de l'INSERM, 2004 (83)).

Elle repose sur des principes multi et transdisciplinaires, et la diversité des orientations théoriques et des modalités d'exercice est à la mesure de la variété de contextes dans lesquels elles se réalisent et des singularités personnelles et relationnelles qu'elles cherchent à appréhender. Le symptôme traité n'est plus la pathologie exprimée par l'enfant mais l'inaptitude du groupe familial à réagir de façon adéquate à sa souffrance et la finalité est de permettre au groupe familial de retrouver sa capacité à résoudre les problèmes surgissant au sein de la famille. Les membres de la famille sont considérés comme des partenaires. Il s'agira de définir en quoi l'existence de tel ou tel symptôme est articulé avec un fonctionnement familial et en quoi il modifie ce fonctionnement.

La demande de prise en charge vient généralement d'un membre de la famille du patient

désigné, mais elle peut aussi être proposée par un professionnel de la santé mentale ou du champ socio-éducatif.

Les thérapies familiales sont apparues dans les années 1950 aux Etats-Unis. Elles étaient proposées initialement dans le cadre de violence comportementale et psychologique, impliquant plusieurs membres d'une même famille. Ce n'est que fin des années 1970 qu'elles se développent en France, pour appréhender une plus large gamme de troubles (troubles psychotiques, addictions, troubles du comportement alimentaire, maltraitance).

Quelque que soit le courant dont elles s'inspirent, les thérapies familiales partagent plusieurs points communs : attitude modeste quant aux objectifs de changement, absence de mise en accusation de la famille, respect des personnes, de leur mode de vie et leurs croyances, apaisement des situations anxiogènes, accompagnement des familles sur une durée suffisante et possibilité d'une diversification des modalités d'intervention.

Parmi la large variété de courants existants, dans le cadre du TDAH, trois peuvent être intéressants pour sa prise en charge : la conception systémique, la conception cognitivo-comportementale et la conception psychodynamique.

Mais malgré l'intérêt grandissant pour ce type de thérapie, dans la littérature scientifique passée et actuelle il n'existe que très peu d'études évaluant la thérapie familiale dans le TDAH. On peut alors se questionner. En sachant que la prévalence du trouble est de 5 à 10% dans la population générale et que le symptôme agitation est l'une des premières causes d'adressage en centre médico-psychologique (CMP), pourquoi ne retrouve-t-on pas ces enfants en thérapie familiale ? Nous pouvons faire l'hypothèse qu'une fois en thérapie familiale le symptôme premier d'agitation disparaît et que la thérapie vise une réponse au-delà du TDAH et des troubles du comportement, mais apporte plus une aide dans la gestion du fonctionnement familial.

Partant de ce postulat, après avoir exposé les principes et bénéfices des différentes formes de thérapie familiale, nous exploreront l'approche plus spécifique du TDAH que peuvent avoir les thérapeutes familiaux, à partir d'un questionnaire transmis aux thérapeutes du centre d'entretiens et de thérapies familiales de Rouen.

### c1) Approche systémique

Selon cette théorie, la famille est considérée comme un « système », dont les processus d'interaction et de communication peuvent dysfonctionner. Aider le patient qui va mal dans la famille, l'amener à changer, c'est aussi aider les autres membres de la famille à accepter de redéfinir leurs rôles et leurs fonctions. Ces évolutions de chacun sont nécessaires si la famille (« le système familial ») veut dépasser l'état de crise qu'elle traverse pour aller vers un équilibre plus satisfaisant. La thérapie familiale systémique est une technique spécifique de psychothérapie, qui a pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille.

Le « malade » est considéré comme le « patient désigné » et est ainsi l'enjeu du dysfonctionnement familial. La thérapie doit atténuer les aspects pathologiques des interactions, dans l'idée de supprimer cette désignation et permettre aux membres d'une famille d'évoluer ensemble vers un fonctionnement plus souple, de dépasser une situation de crise, d'autoriser l'évolution individuelle de chacun des membres, de trouver de nouveaux équilibres. En fonction des séances, le thérapeute peut travailler avec les frères et sœurs seulement, les parents, ou l'ensemble de la famille où trois générations sont présentes.

Le génogramme est un outil très utilisé dans ces thérapies car il permet d'analyser la structure familiale sur plusieurs générations, à partir des filiations, des ruptures de liens, des répétitions transgénérationnelles de comportements ou de vulnérabilités.

Les séances, d'une durée d'une heure environ ont généralement lieu tous les quinze jours ou tous les mois, mais le nombre de séances de thérapie familiale n'est pas fixé à l'avance. La fin d'une thérapie se décide d'un commun accord entre la famille et le thérapeute, idéalement lorsque l'on constate une amélioration durable des symptômes présents au début, ainsi que des relations familiales.

Les thérapeutes familiaux sont des professionnels de santé, médecins psychiatres, psychologues, infirmiers ou travailleurs sociaux. Ils se sont formés à la thérapie familiale systémique, dans des instituts privés. Ils exercent généralement en hôpital, CMP ou en cabinet libéral

Dans la littérature scientifique, le travail avec les familles a montré des bénéfices dans le cas des troubles schizophréniques : l'Inserm (2004) (83) met en évidence cinq méta-analyses, quatre revues et huit études contrôlées dans lesquelles on montre un effet positif significatif des thérapies familiales sur le pourcentage de rechute et l'amélioration des habiletés sociales ; dans des troubles du comportement alimentaire : deux revues et sept études contrôlées sont citées par l'Inserm dans l'efficacité des thérapies familiales ; et dans le cas de l'abus de substance chez l'adolescent qui crée

souvent une crise familiale rendant les membres vulnérables, une prise en charge familiale peut être indiquée (deux revues nommées par l'Inserm dans le cas de trouble des conduites et deux méta-analyses pour l'addiction à l'alcool).

Par ces résultats, nous pouvons constater que la thérapie familiale systémique a fait ses preuves dans de nombreux troubles mentaux. C'est pourquoi, il est pertinent de réfléchir à son utilisation dans le TDAH chez l'enfant et l'adolescent. Deux revues systématiques (Gittelman et al., 1980 (84) ; Pelham et al. 1998 (85)) explorent les thérapies familiales chez des enfants porteurs d'un TDAH. Elles font parties intégrantes de traitements multimodaux qui, s'ils sont prolongés, sont associés à une amélioration des symptômes internalisés, des comportements d'opposition, des relations avec les pairs et des interactions parents-enfant.

Il n'y a pas, à notre connaissance, de recherches récentes sur l'approche systémique dans l'hyperactivité, l'approche cognitivo-comportementale lui étant préférée ces dernières années auprès des chercheurs.

Pour finir, il est important de souligner que dans la thérapie familiale systémique, le thérapeute ne se perçoit pas comme expert à l'égard de ses patients, à l'inverse d'une vision médicale selon laquelle le thérapeute est là pour guérir ou atténuer le symptôme. Au contraire, il est inclus dans le « système » familial et est co-expert au côté de la famille (86).

## c2) Approche cognitivo-comportementale

Le principe de cette approche c'est le dégagement de l'implication familiale dans l'origine des troubles. La famille n'est plus considérée comme le lieu de l'origine des troubles, et ses membres ou leurs interactions ne sont plus tenus pour responsables des manifestations pathologiques. La famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs, éventuellement perturbés lors de l'existence de troubles de la personnalité, de troubles mentaux ou comportementaux. S'il existe des perturbations dans les relations intrafamiliales ou dans les relations entre la famille et l'environnement social, ces perturbations sont considérées comme secondaires à la maladie.

Des recherches en psychologie cognitive ont montré qu'à partir de trois, quatre ans, en plus de développer des représentations de lui-même et des autres, l'enfant construit des méta représentations (je pense que, je crois que, je suppose que) qui lui permettent d'exprimer des

croyances, des sentiments tant dans son propre fonctionnement mental que dans celui d'autrui. Il élabore ainsi une théorie des états mentaux qui se complexifient tout au long de leur développement, tant en fonction de la structure de sa personnalité que de ses expériences (87) (88).

Les thérapeutes partent du constat de la maladie, informent la famille de ses caractéristiques (en particulier de l'importance des facteurs génétiques et biologiques), de son évolution, de son traitement. Ils proposent des conseils psycho-éducatifs, en montrant de quelle manière l'atténuation des débordements émotionnels et des critiques est susceptible d'aboutir à une meilleure gestion des troubles.

Un des premiers à avoir étudié l'efficacité des thérapies familiales dans le TDAH chez les adolescents, c'est Barkley, en 1992 (89). Il compare trois types de programmes, sur un échantillon de soixante et une familles, qui avaient précédemment démontré leur efficacité par rapport à des groupes contrôle sans traitement et aux approches psychodynamiques : un programme de gestion des comportements qui s'adresse uniquement aux parents (proche des groupes d'habiletés parentales), une formation à la résolution de problèmes et à la communication (type TCC), et une thérapie familiale plus « classique ».

Les trois approches ont produit des améliorations significatives dans la communication parents-adolescent, le nombre de conflits et l'intensité de la colère lors des conflits, selon l'avis des parents et des adolescents. Il y a également eu des améliorations significatives au niveau de la symptomatologie internalisée (anxiété, dépression, retrait) et externalisée (agressivité, délinquance). De plus, les mères se sont jugées moins dépressives après le traitement, avec les trois approches. L'efficacité a été maintenue de manière significative après la fin du traitement (en particulier en ce qui concerne la symptomatologie anxio-dépressive). Mais cette efficacité n'a été retrouvée que chez 30% des adolescents.

Ce qui est cohérent avec les recherches antérieures suggérant que, lors de symptomatologie sévère, la psychothérapie seule ne suffit pas pour obtenir une amélioration, d'où l'intérêt de favoriser des prises en charge multimodales (90) (91).

En 2010, Bjornstad et Montgomery (92) réalisent une revue explorant l'efficacité des thérapies familiales cognito-comportementales dans le TDAH comparativement à une absence de traitement ou à la prise en charge classique. Ils ont retrouvé seulement deux études qui ont rencontré les critères d'inclusion, dont la première qui est l'étude MTA que nous avons déjà évoqué (62). La seconde compare différents traitements (93) : placebo seul, traitement stimulant seul (à faible dose et à forte dose), placebo et thérapie familiale, traitement stimulant (à faible dose et à forte dose) et thérapie familiale.

Pour rappel, dans l'étude MTA, les chercheurs ont constaté que le médicament seul était significativement supérieur au traitement comportemental seul mais il n'y avait pas de différence significative en termes d'efficacité entre le traitement médicamenteux et le traitement combiné (thérapie comportementale et médicament) pour réduire les symptômes du TDAH.

Les résultats de la deuxième étude sont similaires : pas de différence significative entre l'intervention familiale combinée au psychostimulant, et le traitement psychostimulant seul. De plus, la thérapie familiale associée à un placebo est nettement plus efficace dans la réduction des symptômes du TDAH qu'un placebo seul.

Les deux études ont aussi pu soutenir l'hypothèse qu'une faible dose de stimulant associée à la thérapie comportementale peut produire les mêmes effets bénéfiques qu'une dose élevée de stimulant seul. D'après leurs résultats, il est possible que pour certains enfants et leurs familles, une thérapie familiale rigoureuse peut être tout aussi efficace, mais pas plus efficace, que le traitement habituel, à savoir le traitement médicamenteux.

En 2014, une nouvelle étude explorant l'approche familiale dans le TDAH pour modifier les interactions coercitives parents / enfant, basée sur le modèle comportemental de Barkley en onze étapes, confirme une nouvelle fois ces résultats (94).

L'avantage de ce type de traitement est qu'il n'y a pas d'effets indésirables. Mais il y a un risque de recrudescence des conflits si la thérapie est interrompue brutalement. Les auteurs ne notent pas de contre-indications à ces prises en charges mais ils excluent d'emblée les enfants et adolescents porteur d'un trouble neurologique ou d'une lésion cérébrale, avec un déficit intellectuel, un retard de langage sévère, une surdité ou une cécité, ainsi que les enfants ayant un trouble du spectre autistique.

### c3) Approche psychodynamique

Dans la thérapie familiale psychodynamique ou d'inspiration psychanalytique, l'action thérapeutique repose sur l'analyse des émotions, des expressions non verbales et des rêveries, susceptibles de révéler les fantasmes partagés par les membres de la famille. L'interprétation porte sur les aspects communs des productions inconscientes afin de travailler sur la problématique des liens. Le thérapeute est amené à souligner les bénéfices secondaires du symptôme collectif et peut utiliser le jeu, les marionnettes, le psychodrame ou le génogramme comme vecteurs de l'échange. Un des objectifs est de travailler les différents niveaux de liens afin de permettre leur coexistence (95).

Sourgen, en 2017, évalue le bénéfice thérapeutique de la thérapie d'inspiration psychanalytique dans le TDAH, à partir d'une observation clinique, par la réintroduction des affects, de leur soubassement inconscient et de la dynamique des liens (96). Il imagine le TDAH comme le symptôme d'une souffrance et d'une pathologie dans les liens familiaux. Pour lui ce type de thérapie permet une vision plus large des symptômes de l'enfant, les situant dans l'ensemble des liens familiaux et dans le transgénérationnel (modèle proche de l'approche systémique).

Bien qu'elle reste encore peu développée pour cette indication, la thérapie familiale psychodynamique dans le TDAH pourrait être intéressante, en association à d'autres thérapies pour amener une amélioration, au-delà du symptôme, à la vie de la famille dans son ensemble.

#### d) A partir d'un questionnaire pour les thérapeutes familiaux de Rouen

Afin d'apprécier la position que les thérapeutes familiaux de Rouen ont du TDAH, nous avons fait passer un questionnaire d'évaluation aux professionnels de thérapie familiale exerçant au centre d'entretiens et de thérapies familiales (CETF) de Rouen ainsi qu'au centre médico psychopédagogique (CMPP) de Rouen.

Il s'agit d'un formulaire de dix questions, sous forme de QCMs ou de questions ouvertes. Six thérapeutes, quatre psychiatres, une infirmière spécialisée en psychiatrie et une psychologue ont répondu selon l'approche qu'ils ont du trouble au cours de leur pratique clinique.

#### d1) Au CETF

En 2017, le CETF de Rouen a rencontré 180 familles ou couples, entre une à huit fois chacune, avec une moyenne de cinq entretiens par famille.

La problématique « agitation » de l'enfant représente moins de 25% des consultations, selon les répondants. En ce qui concerne la part de diagnostics de TDAH antérieurs au suivi au CETF il est très variable. Un thérapeute n'en retrouve aucun dans ses entretiens, alors que pour deux professionnels elles représentent plus de la moitié de leurs consultations dans un contexte de troubles du comportement de l'enfant, et pour le reste des soignants, le diagnostic de TDAH est estimé à moins de 50% dans leur pratique. Parmi les familles avec enfant présentant une instabilité psychomotrice, les thérapeutes évaluent que très souvent il est retrouvé des troubles de l'attachement associés.

Les autres comorbidités présentes, par ordre de fréquence décroissante, sont les troubles anxieux (pour 100% des répondants), les traumatismes psychologiques individuels ou familiaux et les troubles envahissants du développement. Cependant il s'agit d'une appréciation subjective de chacun. Au cours du suivi les diagnostics ne sont pas demandés et le thérapeute familial n'a pas nécessairement pris le temps d'évaluer finement les diagnostics individuels s'intéressant plutôt à la dynamique familiale dans son ensemble. Par ailleurs, le thérapeute n'est pas nécessairement habitué au diagnostic psychiatrique chez l'enfant (certains professionnels travaillant essentiellement avec des adultes en dehors du CETF).

Après la première séance, la demande initiale évolue le plus souvent vers une demande de travail sur les relations intra familiales et la communication dans la famille entre les enfants et les parents, et dans le couple parental. Parfois il arrive de scinder la famille en recevant le couple sans les enfants pour une ou deux séances, et parfois de ne recevoir que la fratrie. Mais la thérapie se termine toujours avec tous les membres de la famille. Si la porte d'entrée en thérapie familiale est le symptôme "agitation", il est toujours présent à la fin de la séance en tant que demande parentale, en revanche l'objectif est de faire émerger des besoins connexes, en termes de sécurité affective, contenance et stabilité du couple parental.

L'ensemble des thérapeutes s'entendent pour dire qu'il suffit de moins de cinq séances pour voir évoluer la problématique « agitation » et émerger les questions relatives au fonctionnement familial. Mais parfois il peut être indispensable de conseiller, voire faire de la guidance, afin que les parents comprennent les difficultés comportementales de leur enfant, ce qui n'est pas du registre de base de la thérapie familiale.

En ce qui concerne la place de la thérapie familiale dans la prise en charge du TDAH, ou du moins de l'instabilité psychomotrice de l'enfant, pour plus de la moitié des thérapeutes elle est nécessaire associée ou après une prise en charge individuelle de l'enfant. Pour les autres professionnels, la thérapie familiale ne doit pas être systématiquement proposée mais ils jugent que la prise en charge familiale semble efficace pour améliorer les relations et l'ambiance au sein de ces familles, permettant aux différents membres et surtout aux enfants, d'exprimer ce qu'ils n'osent, habituellement, pas dire. Ils font alors l'expérience de laisser à chacun le temps de s'exprimer et d'être entendu, sans être interrompu ou contredit. Il en résulte souvent un apaisement du climat et une meilleure confiance dans les relations intra familiales. C'est pourquoi des entretiens familiaux sont toujours utiles.

Pour finir nous avons demandé aux thérapeutes familiaux du CETF leur avis sur la place du diagnostic de TDAH dans la clinique actuelle de l'enfant. Selon le point de vue des psychiatres, l'hyperactivité est un motif très fréquent de consultation avec peu de diagnostic de vrai TDAH. D'où l'importance de prendre en compte la dynamique familiale et d'évaluer le contexte sans se précipiter trop rapidement sur un diagnostic parfois stigmatisant. Selon la psychologue le diagnostic de TDAH tient une place qui paraît excessive et fait souvent écran à un dysfonctionnement familial, voir conjugal dans une majorité de cas.

## d2) Au CMPP

Les CMPP ne sont pas des lieux à proprement parlé spécifiques aux thérapies familiales, mais plutôt des lieux de soins pluridisciplinaires pour les enfants et adolescents en souffrance psychologique. Cependant, à Rouen, les soignants y travaillant ont choisi de s'y former et de proposer une consultation au sein de leur structure.

Ils y réalisent une trentaine de thérapies par an.

L'agitation de l'enfant n'est généralement pas le motif principal d'adressage et représente moins de 25% des consultations. Parmi celles-ci, moins de 50% se présentent avec un diagnostic de TDAH posé. Les troubles de l'attachement y sont fréquemment retrouvés, mais ne font pas l'objet d'une évaluation précise au cours de la thérapie familiale.

Au CMPP, de nombreuses comorbidités sont perçues au sein des consultations familiales pour « trouble du comportement de l'enfant » : les troubles anxieux, les traumatismes psychologiques, la psychose infantile et les troubles envahissants du développement. On peut expliquer ce constat par la large variété de représentations cliniques au sein de la population du CMPP.

Les thérapeutes familiaux du CMPP jugent que la plainte principale, lorsqu'elle est l'hyperactivité de l'enfant, évolue peu après la première séance, mais en moins de cinq séances on peut voir évoluer la dynamique familiale.

Selon eux, la thérapie familiale doit être systématiquement associée à une prise en charge individuelle car il peut être mal vécu de la proposer d'emblée aux familles, surtout dans un contexte de diagnostic de TDAH, vécu comme un trouble neurologique qui pourrait se résoudre avec un traitement médicamenteux.

Quant à leur avis sur la place du diagnostic TDAH chez l'enfant, ils nous répondent que c'est un diagnostic parfois « fourre-tout » et souvent un signe d'appel à une prise en charge plus large.

Comme on peut le voir par cette évaluation, le TDAH reste un trouble peu fréquemment retrouvé en thérapie familiale, tout du moins à Rouen, comparativement aux motifs d'adressage en

CMP. Cependant l'ensemble des professionnels estiment des bienfaits aux entretiens familiaux pour ces familles en termes de dynamique relationnelle et de fonctionnement général.

On retrouve aussi le statut polémique que tient le TDAH au sein de la clinique actuelle de l'enfant. A savoir un trouble neurodéveloppemental avec une large variété de facteurs de risque, une expression clinique riche et un retentissement qui peut être majeur dans différents contextes de vie, rendant son diagnostic et sa prise en charge peu aisés, et alimentant les différents courants de pensées psychopathologiques et neurobiologiques.

Dans la suite de notre travail, nous proposons une illustration clinique de notre recherche avec l'analyse de deux cas de jeunes porteurs d'un TDAH et ayant bénéficié d'un étayage familial. L'un en thérapie familiale, l'autre dans un cadre moins formel, à type d'entretiens familiaux en consultation spécialisées.

## **IV – Vignettes cliniques**

### **A) Valentin**

Valentin, huit ans, est adressé au centre de thérapie familiale (CETF) de Rouen en mai 2017 par son pédopsychiatre. Il est suivi depuis deux ans au CMP pour précocité intellectuelle associée à un TDAH. Le motif de consultation au CETF c'est la tension permanente au sein de la famille, « tout le monde se crie dessus ». Valentin est le seul enfant de la famille. Tous les entretiens se sont déroulés en présence des deux parents et de Valentin.

Lors du premier entretien, les difficultés du couple parental dans l'éducation de leur fils sont mises au premier plan. Les parents sont souvent en désaccord sur les pratiques éducatives, madame étant identifiée par les membres du système comme « la méchante », qui pose les limites et monsieur dans le rôle « du copain », plus présent dans les moments de détente (roller, natation). Madame a du mal à reconnaître les compétences parentales de son mari. De ce fait le couple partage peu de bons moments à deux. Au milieu de ce climat de tensions parentales, Valentin semble n'être présent qu'à travers ses cris et son agitation à la maison. Les parents rapportent aussi ses difficultés scolaires du fait d'un défaut d'attention en classe et le rejet de ses pairs.

Au cours de ce premier entretien, Valentin se montre agité, sortant tous les jouets à disposition dans le bureau et faisant beaucoup de bruit. Néanmoins il a pu suivre une partie de la conversation. Lors de cet entretien, la famille nous apprendra aussi que madame est suivie pour une pathologie chronique neurologique qui la fatigue beaucoup au quotidien.

Lors des entretiens suivants, Valentin se montrera tantôt calme et participera volontiers aux échanges tantôt survoltés et dans la défiance de ses parents. Il peut dire qu'il a essayé d'inclure sa mère dans un jeu mais cela n'a pas fonctionné. Madame reconnaît le fait qu'ils ont peu de bons moments ensemble. Elle voudrait, tout comme son mari, avoir une part active plus importante dans les activités de loisirs avec son fils mais celui-ci ne reste pas longtemps sur un jeu ce qui l'épuise donc elle n'insiste pas.

Au niveau du couple, madame reproche régulièrement à son mari son manque de soutien dans l'éducation de Valentin. Elle estime avoir renoncé à beaucoup de choses pour s'occuper de leur fils contrairement à son conjoint. Celui-ci se dit prêt à faire des efforts mais explique qu'il veut protéger sa femme du fait de sa maladie, donc il lui arrive de prendre des initiatives au quotidien mais sans lui en faire part. Ce qui renforce probablement le sentiment d'exclusion de madame.

Lorsqu'on remonte dans l'arbre généalogique de la famille, on apprend que les parents de madame se sont séparés lorsqu'elle était enfant et que sa mère était une femme violente physiquement. Elle a aussi perdu un frère lorsqu'elle avait deux ans d'un problème cardiaque. Toute son enfance madame raconte avoir été ballottée de la famille de sa mère à celle de son père avec un sentiment de rejet des deux côtés. Elle a pu verbaliser le sentiment que ses parents regrettaient sa naissance.

Du côté de monsieur, son père serait dépressif, il rapporte n'y avoir jamais eu d'affections au sein de sa famille donc il s'est construit une sorte de bulle où il a évolué toute son enfance, solitaire. Ce parcours parental fait de souffrances peut expliquer en partie les difficultés de chacun à faire établir leur autorité et leur affection au sein de la famille.

Depuis la rentrée scolaire 2017, globalement il y a une meilleure entente parentale sur les aspects éducatifs et il y a moins de cris à la maison. Madame se sent davantage soutenue par son mari et valorisée par son fils dans son rôle maternel. Valentin présente moins de trouble du comportement. Ils ont mis en place des stratégies pour stabiliser le comportement de leur fils. Par exemple le temps passé sur la tablette est défini par le comportement de Valentin dans la journée. Les thérapeutes insisteront sur l'importance d'étendre les aspects éducatifs aux loisirs et aux activités à trois. Le couple estime surprotéger leur fils et font le lien avec le fait que ce soit un enfant unique. Au cours d'un exercice demandé par les thérapeutes où Valentin doit noter les aspects positifs et négatifs de ses

parents à la maison, madame se retrouve effectivement plus valorisée aux yeux de son fils que son compagnon.

Sur le plan scolaire, Valentin a fait sa rentrée en CE2, avec la même maitresse que l'an dernier, avec qui il peut y avoir des conflits, mais son comportement s'est amélioré cette année. L'an dernier l'école a tenté de lui faire sauter une classe (CP -> CE2) mais Valentin ne travaillait pas assez d'après ses parents donc il a été replacé en CE1.

Au cours des différents échanges, les thérapeutes se sont aperçus d'une angoisse de mort assez présente chez Valentin vis à vis de la maladie de sa maman. En effet, madame explique se sentir de plus en plus fatiguée et avoir besoin de dormir dans la journée, moments selon elle où son fils s'agite encore plus. Valentin explique être inquiet que sa mère doive faire la sieste. Il compare sa mère à un thermomètre, un thermomètre froid, il a peur qu'elle soit hospitalisée. Il ne présente pas de trouble du comportement quand il est seul avec son père.

Durant les entretiens suivants sont travaillées les angoisses de mort familiales. Madame évoque sa famille. Par rapport à son frère décédé, sa mère lui a reproché que ça n'ait pas été elle. A quatorze ans elle a décidé de ne plus retourner vivre chez sa mère, maltraitante. Elle a vécu avec son père, qui avait un problème d'addiction à l'alcool, et sa belle-mère qui se désintéressait d'elle. Aujourd'hui lorsque Valentin va chez son grand-père maternel, ce dernier ne s'intéresse pas vraiment à lui, « je m'ennuie chez papi ».

Les thérapeutes proposent de réfléchir à une solution pour décharger madame en faisant garder Valentin le weekend. Le couple refusera toutes les idées proposées par leur fils. On fait alors remarquer à madame qu'elle fait « subir un poids à Valentin, le même qu'elle a pu subir dans son enfance ». La mère se défend aussitôt, elle ne fait rien subir « c'est un lien de cause à effet », « Valentin me laisse pas dormir donc je ne suis pas bien ». Pour le père « la maladie n'est pas une excuse » au comportement de son fils.

Les vacances de Noël qui suivront sont l'occasion pour Valentin de dormir chez des cousins et pour sa mère de se reposer. Ils décrivent une meilleure ambiance familiale. Pourtant au cours de la séance les parents s'adresseront peu à Valentin. Et les thérapeutes noteront beaucoup de commentaires négatifs à son égard. Par exemple il tente de faire un bisou à sa mère. Celle-ci répond : « c'est pour se faire remarquer », « il veut être au centre de l'attention ». Madame explique qu'elle ne veut pas être une mère trop difficile mais qu'elle n'a pas eu de modèle suffisamment bien. Elle estime faire pleins de choses pour être une bonne mère mais Valentin lui répond toujours que « ce n'est pas bien ». On constate là une inversion de rôle, le parent attendant la validation par l'enfant de sa qualité.

La famille est soumise à de nombreuses tensions intra familiales. Monsieur reproche à sa femme de fumer, elle répond avec un sourire « de toute manière je vais mourir un jour ». Il s'agit là probablement de mécanismes de défense antidépressifs mais madame ne semble pas avoir conscience de l'impact que peut avoir ce comportement pour son fils.

Les thérapeutes doivent insister sur l'importance de souligner également ce qui va bien et de ne pas oublier les besoins affectifs de leur enfant. L'un des dix grands principes dans l'éducation d'enfants porteurs d'un TDAH selon Barkley, dans son livre, *Taking Charge of ADHD-The Complete Authoritative Guide for Parents* (2013), est justement de « donnez plus fréquemment de rétroaction » (97). Car l'enfant avec un TDAH vit dans l'immédiateté du moment présent donc il a besoin de rétroaction et de conséquences qui soient non seulement rapides mais aussi fréquentes. Il est important de féliciter et d'encourager ces enfants lors de bons comportements. Par exemple en instaurant un système de points qui donnerait droit à des privilèges. Tout en essayant de ne pas insister sur les comportements négatifs. C'est la fréquence et la régularité de la rétroaction qui sera efficace.

Le couple explique que l'amélioration des relations familiales évoluent par cycle, selon le comportement de Valentin. Lorsqu'on cherche ce qui peut les motiver à faire des efforts, tous estiment en avoir fait récemment. Valentin fait le ménage dans sa chambre, monsieur prend du temps quotidiennement pour aider madame dans les tâches domestiques. Madame ne dit rien mais constate qu'il est difficile pour chacun de reconnaître les efforts des autres, tout comme dans sa propre famille. L'équipe tente de valoriser les épisodes d'amélioration. Valentin dit être inquiet pour ses parents, ne sait pas comment réconforter sa mère quand il la voit triste. Il explique sa stratégie pour aider son père quand il est triste : il met sa chambre en bazar puis la range devant son père afin de lui montrer qu'il obéit.

Les thérapeutes décident d'espacer les rendez-vous pour laisser le temps à la famille de réfléchir aux changements à opérer pour retrouver un équilibre satisfaisant.

Lors de la dernière séance, la famille souligne les progrès effectués : partage les tâches, s'écoute. Valentin estime que ses parents font des efforts. L'ensemble de la famille est d'accord pour dire qu'ils ont atteint leurs objectifs au cours des séances. L'entretien se termine sur leur devise familiale « Ohana », terme pour dire « famille » en hawaïen (concept signifiant que les membres d'une même famille sont liés, doivent coopérer et se soutenir les uns les autres).

Dans cette situation on voit comment le symptôme de l'enfant vient faire écran et servir de déplacement aux symptômes parentaux. La responsabilité du mal être de la famille est attribuée en grande partie à l'enfant. Mais le comportement d'agitation et d'opposition ne trouve son origine qu'en

partie dans la souffrance familiale. Nous pouvons penser qu'il s'agit d'une stratégie anti dépressive pour Valentin car ses parents ne sont pas en capacité de le rassurer et de sécuriser ses besoins affectifs. Pour le couple se dire que leur fils doit faire des efforts est plus facilement acceptable émotionnellement que d'affronter leurs propres angoisses de mort, angoisses archaïques auxquelles ils sont confrontés du fait de la pathologie de madame envahissante au quotidien.

Est-il juste de faire porter à l'enfant seul la charge des difficultés familiales ? Nombreux parents voient l'expression symptomatologique de leur enfant comme une « maladie » dont la guérison ne dépend que de lui seul. En exagérant, nous pourrions dire que c'est un enfant « cassé » qu'ils nous livrent et le rôle du thérapeute sera de le « réparer » avant de le rendre à ses parents. Par ailleurs les parents ont rapporté que l'ambiance familiale était dépendante du comportement de leur fil. Ce genre de constat est fréquent dans les familles TDAH. Cela rend l'évaluation du bien être dépendant de l'enfant, donc paradoxalement le met dans une situation de toute puissance qu'on lui reproche dans les situations éducatives. Le travail autour de ce paradoxe peut être un axe d'évolution.

Un des exercices proposés en groupe d'habiletés parentales c'est « le moment spécial ». Il s'agit de prêter attention au comportement de son enfant lors d'un moment où il est occupé seul sur une activité, de le rejoindre et de lui proposer de vous inclure dans son occupation selon ses règles à lui, sans poser de questions et de temps en temps lui faire remarquer qu'on apprécie ce moment passé ensemble (par exemple : « j'aime lorsque jouons ensemble tranquillement » « c'est agréable de te voir prendre plaisir »). C'est un exercice d'une vingtaine de minutes qu'on préconise de faire plusieurs fois par semaine. Ici madame évoque regretter le fait de ne pas passer de bons moments seule avec son fils. Il serait intéressant de lui proposer cet outil afin de partager des moments avec Valentin en le laissant lui-même diriger l'activité afin de prendre du recul sur son comportement et d'observer sa manière d'être dans un jeu qui lui plait, tout en le revalorisant régulièrement. Cela ne pourra qu'améliorer les relations mère-fils. Valentin sera heureux de pouvoir faire partager une activité qu'il aime à sa mère et celle-ci pourra constater qu'il est possible d'avoir un moment agréable, spécial, seule avec son fils.

La fonction des professionnels en thérapie familiale va être de recevoir les plaintes parentales, familiales, de les légitimer puis d'ouvrir le champ des possibilités d'amélioration afin de favoriser la remise en question de chacun des membres, de rediriger l'attention sur les relations entre eux, comment chacun peut aider l'autre à se sentir bien au sein de cette famille. Permette au « patient désigné » de se dégager de cette désignation. Parfois une prise en charge parentale associée peut s'avérer nécessaire pour aider dans la compréhension et la gestion du trouble au quotidien. D'où l'intérêt d'un travail complémentaire dans un groupe d'habiletés parentales type Barkley.

## B) Arthur

Arthur a bénéficié d'un suivi pédopsychiatrique et psychologique à la Maison des Adolescents (MDA) de Rouen de 2011 à 2018 (de l'âge de 13 ans à 20 ans) et parallèlement d'un suivi neuropédiatrique au centre ressource trouble des apprentissages.

Il est adressé par sa psychologue libérale, à l'âge de 13 ans pour le suivi d'un trouble neurodéveloppemental complexe associant Trouble Déficitaire de l'Attention, dyspraxie et dyslexie, diagnostiqué en CE2. Il bénéficie d'un suivi psychologique depuis la moyenne section de maternelle, accompagné d'un suivi orthophonique et ergothérapeutique du CM1 à la 6<sup>ème</sup>. Il est sous RITALINE depuis 3 mois lorsque nous le rencontrons. Dans ses antécédents on note un asthme et des vertiges responsables d'un trouble de l'équilibre.

Il vit avec ses parents et sa sœur de trois ans son aînée. Les relations familiales sont décrites comme bonnes. Son père est artisan, sa mère auxiliaire de vie de nuit en institution et elle est très investie dans le secteur associatif du handicap. Arthur fait du vélo en club et joue du clavecin, passion qu'il partage avec sa mère.

Lors de son premier rendez-vous, Arthur est en 6<sup>ème</sup>, il a un niveau moyen, est bien inséré auprès de ses pairs. Il bénéficie de l'aide d'une Assistante Vie Scolaire (AVS), ainsi que de l'outils informatique. La plainte première est essentiellement scolaire. Madame reproche à Arthur de cacher ses mauvaises notes, de mentir, d'un autre côté elle explique aussi « je le surprotège » du fait de ses difficultés d'apprentissages. On retiendra de ce premier rendez-vous qu'Arthur est un adolescent souffrant d'une anxiété de performance, avec une faible estime de soi et une certaine tendance à la victimisation du fait de ses troubles. Nous terminerons cet entretien en revalorisant les liens d'affiliation. Arthur a de nombreux copains. A noter qu'il apprend au cours de ce rendez-vous que sa mère souffre de dyslexie, tout comme lui.

Au début du suivi les entretiens pédopsychiatriques ont lieu à un rythme mensuel, puis s'espacent par la suite.

Lors du second rendez-vous, les parents nous expliquent avoir débuté un processus d'autonomisation par l'argent de poche afin de revaloriser leur fils. Car, malgré ses efforts scolaires, les résultats restent faibles. Mais les parents font preuve d'une certaine ambivalence vis-à-vis des capacités de leur fils à savoir gérer son argent, avec un besoin important de contrôle de leur part. Ils

nous rapportent une autre inquiétude, depuis quelques temps Arthur cache divers objets dans sa chambre (tournevis, couteau, auparavant de la nourriture). Il ne peut apporter aucune explication à ce comportement, lui-même dit ne pas comprendre. Selon l'évaluation pédopsychiatrique, il ne présente pas de risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif. On note juste une certaine labilité émotionnelle. Ces comportements seront une plainte récurrente des parents au cours des rendez-vous suivants. Dans ce contexte, on a pu craindre des prodromes psychotiques avec vécu persécutif. Malgré cette inquiétude, il a été décidé de laisser le temps à la relation thérapeutique de s'établir et au travail de psychothérapie de dégager des axes de symbolisation de ces gestes « insensés » au sens premier du terme.

Des difficultés relationnelles avec ses pairs vont aussi apparaître. A la suite d'une bagarre, Arthur est exclu provisoirement du collège. Il dira vivre un sentiment d'injustice et d'incompréhension vis-à-vis des autres. Sa mère nous dit « il se sent stigmatisé du fait de sa dyspraxie ». Pourtant les professeurs semblent soutenir Arthur dans ses difficultés. Madame appui sur ses relations amicales avec tendance à la négativité. Selon ses propos « Arthur fabule », « il n'a pas de vrais amis ». Tandis qu'au contraire son fils fait part de sa peur de perdre ses amis du fait de sa « différence » et qu'il peut confier ses angoisses à sa sœur. Le thérapeute tiendra de nouveau la position de valorisation et d'encouragement des liens amicaux.

Les échelles de Conners, version parents et enseignants, passées au début du suivi à la MDA, confirment le diagnostic de trouble de l'attention, bien que bien amélioré par la RITALINE, ainsi que des difficultés dans les interactions sociales et une symptomatologie anxieuse.

Les vacances d'été qui suivront le début de la prise en charge, sont l'occasion de retrouvailles en famille, en Espagne, d'où les parents sont originaires. Malgré le fait qu'avec l'arrêt ponctuel du médicament il se sente plus irritable, Arthur rapporte des moments de plaisir et de partage en famille.

La rentrée en 5<sup>ème</sup> se fait dans de bonnes conditions. Arthur bénéficie toujours d'une AVS ainsi que d'un aménagement du temps scolaire. Il se dit satisfait de sa nouvelle classe, s'est fait de nouveaux copains qu'il décrit comme solidaires de ses difficultés et refuse la prise en charge en groupe qui lui a été proposé.

Fin 2011, début 2012 est une période douloureuse pour la famille avec le décès de la grand-mère paternelle, peu de temps après l'annonce d'une pathologie incurable. Arthur nous dit être « trop jeune pour perdre sa grand-mère » et en même temps « on doit tous partir un jour mais le plus tard sera le mieux ». Madame s'implique beaucoup dans les soins de fin de vie à domicile et la famille

est très présente auprès du grand-père, madame nous dira « on en parle peu », « mon mari a beaucoup de mal ». La famille va développer une stratégie antidépressive autour des soins à la grand-mère avec une impossibilité à déléguer.

Les mois qui suivent, Arthur peut mettre de la distance avec les événements en lien avec le deuil grâce à la préparation d'une série de concerts de clavecin avec sa mère, « j'ai l'impression de tourner la page », « ça me donne confiance en moi ». Il aide son père à soulager sa tristesse par la mise en place d'activités père/fils le samedi : vélo, jardin, course à pied. Mais à l'approche de l'été, la tristesse du deuil refait surface au sein de la famille avec l'appréhension de retrouver la famille paternelle en Espagne. La famille maternelle sera aussi présente pour les soutenir. Arthur se culpabilise vis-à-vis de comportements qu'il a pu avoir avec sa grand-mère et a peur de « redevenir comme avant », sans traitement. Il a besoin de réassurance et d'étayage pour valoriser les progrès effectués. Des entretiens familiaux à la MDA avec le pédopsychiatre seront programmés régulièrement à la rentrée.

Finalement les vacances se passeront bien, aucune rumination familiale autour du décès. Monsieur décrit une bonne ambiance familiale à la rentrée. Arthur passe beaucoup de temps à regarder les albums photos de sa grand-mère mais tient davantage une position d'adolescent, il peut dire non à son père et exprimer ses opinions.

Par la suite on assistera à une recrudescence anxieuse d'Arthur vis-à-vis de ses résultats scolaires en baisse. Sa mère le décrit comme plus émotif et plus irritable et régulièrement en conflit avec sa grand-mère maternelle vis-à-vis de son orientation. Madame : « elle est très couveuse ». On comprendra que cette dernière fait référence de seconde figure maternelle auprès d'Arthur. Parallèlement sa sœur a son premier petit copain, « il m'a piqué ma sœur », sentiment de manque qui fait écho à l'anxiété de son père « mon père a peut-être un problème avec le départ de ma sœur » (dans 2 ans). Cette fois encore la gestion des émotions passera par un investissement d'Arthur dans l'entreprise du père, avec un étayage par les pairs pour compenser le vécu abandonnique vis-à-vis de sa sœur.

Les entretiens suivants seront tournés sur la scolarité et l'orientation d'Arthur. Il tient une position de défense sur ses projets d'avenir, il ne peut imaginer une vie d'adulte : « le handicap je l'ai à vie ». Il fait la comparaison avec un bon ami lui aussi handicapé, « les gens critiquent toujours ». Sa mère évoque un projet d'internat mais lui est anxieux à cette idée, anxiété de séparation ? Pour lui sa mère est surtout trop intrusive dans sa vie. Madame se défendra en expliquant qu'elle veut qu'il fasse le bon choix mais elle n'a pas envie de « rabâcher ». La majoration de l'anxiété avec labilité de

l'humeur et du trouble de l'attention nécessitera une augmentation de son traitement.

Les relations avec sa sœur vont s'améliorer, elle lui propose même de l'aide aux devoirs. Un étayage familial autour d'une activité sportive en famille va permettre la revalorisation narcissique d'Arthur : « ça fait du bien, on parle pas d'école ».

Au printemps 2014, un nouvel événement va mettre la famille à l'épreuve. Le père de madame a un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Arthur : « ça nous tombe dessus », « j'ai vu ma mère pleurer ». Il nous apprend que sa maison appartenait à son arrière-grand-père maternel et aimerait faire l'arbre généalogique de sa famille. Importance pour lui de comprendre d'où il vient. Il en parle beaucoup avec sa grand-mère qui l'emmène au collège tous les jours. Devant la dégradation cognitive de son père, madame prend conscience de la charge qu'il a supporté : « c'est mon père qui a élevé Arthur ». Nous comprenons pourquoi les parents de madame font office de seconde figures parentales pour Arthur. La grand-mère refuse toute aide psychologique pour son mari et elle-même. Madame se place de nouveau dans une position de protection de toute la famille, ce qui aboutira à un burn out fin 2014.

Nous travaillons autour d'une guidance du couple par rapport au burn out de madame, pour son mari c'est « juste un problème de travail ». Et nous proposons à Arthur des séances de relaxations à la MDA.

Lorsque nous revoyons la famille quelques mois plus tard, madame a repris le travail à temps partiel et a débuté une psychothérapie individuelle. Le couple a un projet d'achat d'une nouvelle entreprise après être partis en vacances sans leurs enfants. C'est le début d'un processus de redynamisation du couple. Toute la famille se projette autour de cet achat, « c'est mieux, ça ne tourne pas autour de moi » nous dit Arthur. On assiste à une reconstruction familiale. Sa mère : « on lui laisse plus d'autonomie ». Arthur a alors 16 ans et demi.

En 2016, nouveau choc, c'est autour de la grand-mère maternelle d'être hospitalisée après l'annonce d'un cancer. Cela fait écho au décès de la grand-mère paternelle. On assiste à une majoration des tensions intra familiales. Arthur est à un âge où il recherche de la distance vis-à-vis de ses parents mais culpabilise de ressentir ça à un moment de souffrance familiale. Sa grand-mère est très demandeuse de l'avoir auprès d'elle. Il sera très investi auprès d'elle mais pourra aussi dire non car la confrontation à l'idée de la mort est douloureuse. Importance de l'étayage amical à cette période.

Le décès quelque mois plus tard est bien accepté par Arthur qui est très entouré par sa famille et ses amis. Il adopte une attitude de parentification en regard de son grand-père maternel dont la

démence évoluée, « il va falloir le placer ». Madame vit un nouvel épisode dépressif.

En 2018, il sera revu quelque fois, avant de passer le relais du suivi en service adulte. Arthur débute un BTS et aide ses parents dans leur entreprise. Il vit une relation amoureuse, bien acceptée par ses parents. Les relations avec sa sœur sont bonnes.

Peu après le décès de sa grand-mère maternelle, Arthur a découvert son journal intime. Elle y décrit Arthur « comme son fils ». Il est très en demande de rencontrer les membres de sa famille qu'il ne connaît pas (particulièrement le demi-frère et la demi-sœur de madame, côté paternel). Il se pose beaucoup de questions sur d'où il vient.

Arthur tient désormais le statut de protecteur de la famille. « Avec ma mère, je joue le rôle que ma grand-mère jouait pour moi ». C'est-à-dire parler, être à l'écoute. « Papa se confie pas beaucoup », « plus pour les trucs pratiques ».

Cet exemple clinique nous montre comment un suivi initialement demandé pour un adolescent porteur d'un trouble neurodéveloppemental et en difficultés scolaires a finalement évolué vers un étayage familial par l'intermédiaire d'entretiens familiaux réguliers de soutien et de psychoéducation parentale. Ce qui met en évidence l'importance des mécanismes de transmission transgénérationnelles. Avec des grands-parents qui tiennent une place centrale dans la famille, lorsque ces figures « piliers » viennent à disparaître on assiste à un effondrement de l'équilibre familial. Le système familial doit se réorganiser pour survivre avec l'entraide de chacun des membres.

On note aussi des mécanismes de réparation générationnelles. Les grands-parents maternels se sont occupés d'Arthur durant son enfance, ils ont supporté une charge mentale importante. A son tour, lorsqu'ils en auront besoin, madame va s'investir totalement dans leurs soins (de part aussi sa profession), sans être en capacité de déléguer. On peut penser que c'est une stratégie adoptée pour remercier ses parents de l'aide apportée. Par la suite, Arthur, une fois plus âgé, ressent à son tour le besoin d'être à l'écoute de sa mère tout comme l'était sa grand-mère avec lui.

## V- Discussion

A travers notre revue de la littérature et nos illustrations cliniques, nous avons pu montrer l'intrication permanente qu'il existe entre TDAH et environnement familial. La famille, en particulier les relations précoces d'attachement, associée à des facteurs génétiques, neurologiques et cognitifs, participe à la fois à l'apparition du trouble et à son évolution, mais est aussi affectée par son expression clinique.

Les études citées dans notre recherche nous montrent finalement que l'enjeu de la prise en charge débute dès la périnatalité avec l'apparition du lien d'attachement entre sa mère et son bébé, et même dès la grossesse avec le travail d'élaboration autour de l'image idéalisée de l'enfant à naître, dans les représentations inconscientes de ses parents. « L'enfant est influencé par les représentations prénatales de sa mère, il est le lieu électif de ses projections » (La dette de vie, Bydlowski, 2008) (98). Dans son livre, Bydlowski explique que le désir d'enfant qui paraît est la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaines mais surtout un processus complexe où se retrouvent les souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui nous ont précédés ainsi que les représentations inconscientes et, pour certaines, transgénérationnelles de chacun des deux parents. A partir de ce postulat nous comprenons l'intérêt d'une intervention psychiatrique précoce auprès des parents afin d'espérer un rôle préventif pour l'enfant. Ce constat n'est pas seulement valable pour le TDAH mais pour l'ensemble des troubles développementaux de l'enfant et l'adolescent.

Or en pédopsychiatrie on est bien souvent sollicité avec l'entrée à l'école aux alentours de 3 ans. C'est pourquoi il est important de développer des prises en charges axées sur le soutien à la parentalité et les relations parents/enfant.

Certains enfants sont incontestablement améliorés par la prescription d'un traitement psychostimulant, mais pourquoi ce traitement symptomatique devrait-il forcément nous dispenser d'une réflexion, avec l'enfant et ses parents, quant au sens que prennent ses difficultés dans la trajectoire de son existence ? l'historicisation des troubles peut donner lieu à d'autres propositions thérapeutiques conjointes.

La médication reste la part la plus importante du traitement et influence clairement la pratique clinique. Le traitement médicamenteux reste le plus efficace sur les symptômes principaux du TDAH (hyperactivité, inattention, impulsivité) et sur les comportements d'opposition. Mais les prises en charges non pharmacologiques ont montré leur intérêt en association au médicament dans les

habiletés sociales, les troubles internalisés et les difficultés d'apprentissage (62).

Les résultats de Fabiano (2009) montrent clairement l'efficacité des traitements comportementaux (entraînement parental et gestion des contingences) pour le TDAH. Les interventions comportementales, quand elles sont utilisées en première ligne, auraient des effets bénéfiques sur le dosage des médicaments (99).

Quant à l'efficacité de l'entraînement parental (méthode Barkley), elle a été évaluée dans de nombreuses études (100), (101), (102). Les résultats montrent une amélioration dans les relations, dans le niveau de stress parental et dans la fréquence des comportements-problèmes. Cette approche montre une amélioration de l'habileté parentale, une diminution du stress et une réduction de la non-compliance de l'enfant.

En ce qui concerne la thérapie familiale, dans le cadre d'un traitement multimodal, les études existantes montrent un bénéfice dans la dynamique familiale au niveau de la gestion des conflits et de la communication, ainsi que dans les comportements d'opposition et les relations sociales. Cependant tant dans la littérature que dans la pratique clinique quotidienne, la thérapie familiale reste encore peu pratiquée dans cette indication (89) (92).

À Rouen, les thérapeutes familiaux estiment qu'un quart de leurs demandes sont en lien avec une problématique d'agitation, et au sein de cette consultation, seul encore un quart avait un diagnostic de TDAH posé par un professionnel. Le plus souvent après la première séance la demande évoluait vers un travail sur la dynamique relationnelle, bien que parfois une guidance parentale s'avère nécessaire.

On peut se demander si la thérapie familiale aide à lever la symptomatologie ou à améliorer la prise en charge. Est-elle une aide au diagnostic ou au traitement ? Les professionnels sont en accord pour dire que la thérapie familiale ne suffit pas seule dans la prise en charge du trouble mais vient renforcer la prise en charge individuelle et plus ou moins médicamenteuse.

Nos exemples cliniques montrent comment, dans certaines situations, la famille fait porter à l'enfant seul, le dysfonctionnement familial parce que c'est lui qui présente les troubles. Mais est-ce juste ?

Nous nous rappelons une situation clinique où une maman était dans l'incompréhension des troubles de sa fille, et lors d'une hospitalisation elle nous dit récupérer son enfant « lorsque vous l'aurez réparée ». Cette maman, loin d'être dans la provocation, nous demandait simplement de l'aide dans les soins de sa fille. Mais parfois c'est un long processus pour que les parents comprennent et acceptent que la prise en charge de leur enfant passe par le soutien et la guidance de l'environnement

familial. Cela les renvoie à leurs propres angoisses archaïques, inconscientes car psychologiquement insupportables.

C'est pourquoi la thérapie familiale est rarement indiquée en première intention et nécessite préalablement un processus d'élaboration de la part de la famille autour de ses difficultés.

Il est important de structurer la multidisciplinarité. Le dialogue entre les différents intervenants est crucial. Chaque enfant n'a pas besoin de l'ensemble des traitements. Pour savoir ce dont il a besoin, il faut affiner le diagnostic.

Les thérapeutes sont là pour améliorer la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Les traitements sont longs et pas toujours très valorisants. La démotivation peut être présente chez l'enfant, la famille et parfois chez le thérapeute. Toutes les thérapies peuvent apporter une réponse à certaines difficultés. Il faut disposer d'une ouverture d'esprit pour aider une famille avec un enfant TDAH.

## Conclusion

Au total, le TDAH est un trouble développemental dont les causes multifactorielles peuvent complexifier sa prise en charge. Le traitement médicamenteux y tient un rôle important. Mais à travers cette revue de la littérature nous avons constaté la place que prend l'environnement familial dans l'histoire du trouble, et la nécessité d'une prise en charge multimodale précoce. D'autant plus que 30% des enfants et adolescents ne répondent pas à la médication ou ne la tolèrent pas. Par ailleurs, selon Hoza et al (2000), l'adhérence aux psychostimulants diminue avec les années de traitement, passant de 80 % la première année à 50 % la troisième année (103).

De nombreuses prises en charge autour de ces familles se développent ces dernières années, et ont montré la preuve de leur efficacité dans la gestion des difficultés autour des symptômes principaux : thérapie comportementale, groupe d'habiletés parentales, thérapie familiale. Sur ce dernier point les recherches sont à poursuivre car peu nombreuses, or l'indication de la thérapie familiale tient toute sa place dans le TDAH aux vues des enjeux familiaux.

Au regard de l'augmentation de la prévalence du trouble en consultations pédopsychiatriques, dans l'avenir il serait nécessaire de renforcer la prise en charge en périnatalité et l'accompagnement des parents la première année de vie de leur enfant.

Dans la prise en charge du TDAH, nous ne devons pas oublier que les enfants et leurs parents

se posent beaucoup de questions. Les familles se sentent souvent isolées. Elles ont besoin de se rencontrer pour se soutenir mutuellement et échanger leurs expériences. Il serait judicieux de renforcer les associations de parents. Les groupes de parole et de guidance parentale devraient se multiplier dans l'avenir. Être parent n'est pas une tâche facile. Aider les parents à reconnaître leur rôle et leurs limites, tout en valorisant leurs compétences, fait partie de la prise en charge des enfants.

## Bibliographie

- 1/ Franc, N., M. Maury, and D. Purper-Ouakil. (2009). “Trouble Déficit de L’attention/hyperactivité (TDAH) : Quels Liens Avec L’attachement ?” *L’Encéphale* 35 (3) : 256–61.
- 2/ Barkley, R. A. *Defiant children: A clinician's manual for parent treating*. 3<sup>ème</sup> édition, the Guilford Press, 2013.
- 3/ Anastopoulos, Arthur D., Terri L. Shelton, George J. DuPaul, et David C. Guevremont. 1993. « Parent Training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Its Impact on Parent Functioning ». *Journal of Abnormal Child Psychology* 21 (5): 581-96.
- 4/ Weinberg, Harvey A. 1999. « Parent Training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Parental and Child Outcome ». *Journal of Clinical Psychology* 55 (7): 907-13.
- 5/ Levet, Gilbert. (2012). “1. L’hyperactivité : qu’est-ce que c’est aujourd’hui ?” *La vie de l’enfant*, April, 17–43.
- 6/ Still GF. (1902) *The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children*. The Lancet, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163, 1168
- 7/ American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2d ed.)*. Washington, DC: Auteur.
- 8/ Wodon, Isabelle. (2012). “Chapitre 1. D’où venons-nous ?” *PSY-Émotion, intervention, santé*, July, 15–20.
- 9/ American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Auteur. Traduction française: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris Masson.
- 10/ American Psychiatric Association (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd ed.)*. Washington, DC: Auteur. Traduction française: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris Masson.
- 11/ CIM-10 FR À Usage PMSI. 10<sup>ème</sup> révision. ATIH. Edition 2018
- 12/ Cortese, Samuele. (2016) *Démarche pratique pour le diagnostic de TDAH*. Conference.
- 13/ HAS (2014) « Haute Autorité de Santé - Tdah\_argumentaire. ».
- 14/ Wodon, Isabelle. (2012). “Chapitre 2. Que savons-nous ?” *PSY-Émotion, intervention, santé*, July, 21–80.

- 15/ Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY, US: Guilford Press
- 16/ Chevalier, Nicole, Marie-Claude Guay, and André Achim. (2006). *Trouble Déficitaire de L'Attention Avec Hyperactivité : Soigner, Éduquer, Surtout Valoriser*. PUQ.
- 17/ Habib, Michel. (2011). « Le cerveau de l'hyperactif: entre cognition et comportement ». *Developpements* n° 9 (3): 26-40.
- 18/ Courtois, R., M. Champion, C. Lamy, and G. Bréchon. (2007). « Hyperactivité Chez L'enfant : Réflexions Sur Les Mécanismes Psychopathologiques Sous-Jacents ». *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 165 (6) : 420–27.
- 19/ Adrian, Valérie. (2014). « TDA/H : intérêt de l'association entre pharmacothérapie et psychothérapie analytique ? » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 172 (4): 246-53.
- 20/ Berger, Maurice. *L'enfant instable, approche clinique et thérapeutique*. 2ème édition. Dunod, 2013
- 21/ Valera, Eve M., Stephen V. Faraone, Kate E. Murray, and Larry J. Seidman. (2007). “Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/hyperactivity Disorder.” *Biological Psychiatry* 61 (12): 1361–69.
- 22/ Gonon, F., J. -M. Guilé, and D. Cohen. (2010). « Le Trouble Déficitaire de L'attention Avec Hyperactivité : Données Récentes Des Neurosciences et de L'expérience Nord-Américaine ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Neuropsychologie*, 58 (5) : 273–81.
- 23/ Masi Laura, and Martin Gignac. (2017). « TDAH et Comorbidités En Pédiopsychiatrie. Pathologies Psychiatriques, Affections Médicales, Troubles de L'apprentissage et de La Coordination. » *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 175 (5) :422–29.
- 24/ Gaucher, M, Forget, J. (2014). « Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité : nosographie et perspective développementale. » *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 68, (4), 17-26.
- 25/ Masi, L., J. -M. Guilé, C. Mille. (2014). « Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère chez l'enfant : évolution nosologique et affiliation aux pathologies de l'humeur ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 62 (2): 65-71.
- 26/ Purper-Ouakil, D., and N. Franc. (2011). « Dysfonctionnements Émotionnels Dans Le Trouble Déficit D'attention/hyperactivité (TDAH) ». *Archives de Pédiatrie* 18 (6) :679–85.
- 27/ Leibenluft E., Cohen P., Gorrindo T., et al. (2006). « Chronic versus episodic irritability in youth : a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations ». *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 16 : 456-66.

- 28/ Waxmonsky, J., Pelham, W. E., Gnagy, E., Cummings, M. R., O'Connor, B., Majumdar, A. Robb, J. A. (2008). « The efficacy and tolerability of methylphenidate and behavior modification in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and severe mood dysregulation ». *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(6), 573-588.
- 29/ Faraone, Stephen V., et Timothy E. Wilens. 2007. « Effect of Stimulant Medications for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Later Substance Use and the Potential for Stimulant Misuse, Abuse, and Diversion ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 68 Suppl 11: 15-22.
- 30/ Bénony, Hervé, Christelle Bénony-Viodé, and Jean Dumas. (2014). « Le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité. » *Le point sur... Psychologie*, December, 139–74.
- 31/ Bouvard, Manuel. *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte. Approche développementale*. Dunod, 2016.
- 32/ Nathalie S., Stéphanie P-J., Anne O., Séverine E., Rehema M. « La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance ». *Dossier Thématique sur l'attachement*. 2010.
- 33/ Nicole et Antoine Guedeney, « Concepts et Applications ». 2<sup>ème</sup> édition. Masson, 2006
- 34/ Dugravier, Romain, and Anne-Sophie Barbey-Mintz. (2015). « Origines et concepts de la théorie de l'attachement. » *Enfances & Psy*, no. 66(July): 14–22.
- 35/ Bowlby, J. *Attachment and loss*. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York, NY: Basic Books, 1973.
- 36/ Guedeney, N., C. Lamas, V. Bekhechi, A. S. Mintz, and A. Guédeney. (2008). “Développement Du Processus D'attachement Entre Un Bébé et Sa Mère.” *Archives de Pédiatrie*, XXXVIIIe journées Nationales de Néonatalogie, 15 (June) : S12–19.
- 37/ Ainsworth M. (1969). « Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship », *Child Development*. 40 : 969-1025.
- 38/ Claussen, Angelika H., Peter C. Mundy, Sangeeta A. Mallik, and Jennifer C. Willoughby. (2002). “Joint Attention and Disorganized Attachment Status in Infants at Risk.” *Development and Psychopathology* 14 (2): 279–91.
- 39/ Villemonteix, Thomas, Diane Purper-Ouakil, and Lucia Romo. (2014). “La Dysrégulation Émotionnelle Est-Elle Une Des Composantes Du Trouble Déficit D'attention/hyperactivité ?” *L'Encéphale* 41 (April).

- 40/ Maziade, M., C. Caron, R. Côté, C. Mérette, H. Bernier, B. Laplante, P. Boutin, and J. Thivierge. (1990). "Psychiatric Status of Adolescents Who Had Extreme Temperaments at Age 7." *The American Journal of Psychiatry* 147 (11): 1531–36.
- 41/ Clarke, L., J. Ungerer, K. Chahoud, S. Johnson, and I. Stiefel. (2002). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder Is Associated with Attachment Insecurity." *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7 (2): 179–98.
- 42/ Finzi-Dottan, Ricky, Iris Manor, and Sam Tyano. (2006). "ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns." *Child Psychiatry and Human Development* 37 (2): 103–14.
- 43/ Pinto, Carmen, Penelope Turton, Patricia Hughes, Sarah White, and Christopher Gillberg. (2006). "ADHD and Infant Disorganized Attachment: A Prospective Study of Children next-Born after Stillbirth." *Journal of Attention Disorders* 10 (1): 83–91.
- 44/ Nahas, Nayla, Sylvie Normandeau, and Julie Girard Lapointe. (2017). "Liens entre les pratiques éducatives, le style d'attachement du parent et les comportements d'inattention et d'hyperactivité /impulsivité." *La psychiatrie de l'enfant* 61 (2) : 329–50.
- 45/ Jacobvitz, Deborah, Nancy Hazen, Melissa Curran, and Kristen Hitchens. (2004). "Observations of Early Triadic Family Interactions: Boundary Disturbances in the Family Predict Symptoms of Depression, Anxiety, and Attention-Deficit/hyperactivity Disorder in Middle Childhood." *Development and Psychopathology* 16 (3): 577–92.
- 46/ Keown, Louise J. (2012). Predictors of Boys' ADHD Symptoms from Early to Middle Childhood: The Role of Father-Child and Mother-Child Interactions." *Journal of Abnormal Child Psychology* 40 (4): 569–81.
- 47/ Jensen, P. S., D. Martin, and D. P. Cantwell. (1997). "Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice, and DSM-V." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (8): 1065–79.
- 48/ Rey, J. M., G. Walter, J. M. Plapp, and E. Denshire. (2000). "Family Environment in Attention Deficit Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct Disorders." *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 (3): 453–57.
- 49/ Lemelin, G., D. Lafortune, I. Fortier, L. Simard, and P. Robaey. (2009). "Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H." *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 57 (5): 392–403.
- 50/ Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono W. (2001). « Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder, the importance of shared environment ». *Journal of Abnormal Child Psychology*. 110: 516–25

- 51/ Keown LJ, Woodward LJ. (2002). « Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity ». *Journal of Abnormal Child Psychology* 30:541–54.
- 52/ Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R., Perwien, A. R., Johnston, J. A. (2006). « Toward mapping daily challenges of living with ADHD : Maternal and child perspectives using electronic diaries ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 115-130.
- 53/ Barkley, R. A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., & Fletcher, K.E. (1992). « Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. » *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 263-288.
- 54/ Johnston, C., Mash, E. J. (2001). « Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder : Review and recommendations for future research ». *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 : 183-207.
- 55/ Lemoust de Lafosse, H., and R. Blanc. (2016). “Étude Sur L’attachement et Les Troubles Du Comportement À L’adolescence Chez Des Jeunes Placés En Institution.” *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* 64 (2): 93–101.
- 56/ Winnicott D.W. (1989). « Les soins hospitaliers en complément d’une psychothérapie intensive au cours de l’adolescence ». *Processus de maturation chez l’enfant*. Paris: Payot, 233-241.
- 57/ Fiche de transparence - *Prise en charge de l'ADHD*. Décembre 2010.
- 58/ Welniarz, Bertrand, and Hasnia Medjdoub. (2018). “Aspects pratiques de la prescription de méthylphénidate pour les enfants présentant un trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).” *L’information psychiatrique* me 94 (6) : 460–67.
- 59/ Connor D.F. (2002). « Review: short acting methylphenidate has short term efficacy in children and adolescents with attention deficit disorder ». *Evidence-Based Mental Health* 5:50.
- 60/ Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, et al. (2006). « Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45:1284-93.
- 61/ Wolraich M.L. (2007). « Methylphenidate may improve symptoms but does not increase response compared with placebo in preschool children with ADHD ». *Evidence-Based Mental Health* 10:60.

- 62/ Jensen Peter S. and Richters John E. (1999). « 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. » *Archives of General Psychiatry* 56 (12) : 1073–86.
- 63/ Gaillez C., F. Sorbara, and E. Perrin. (2007). « L'atomoxétine (Strattera®), Une Alternative Thérapeutique Dans Le Trouble Déficit de l'attention/Hyperactivité de l'enfant (TDAH) ». *L'Encéphale* 33 (4): 621-28.
- 64/ Buitelaar, J. K., D. Michelson, M. Danckaerts, C. Gillberg, T. J. Spencer, A. Zuddas, D. E. Faries, S. Zhang, et J. Biederman. (2007). « A Randomized, Double-Blind Study of Continuation Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder After 1 Year ». *Biological Psychiatry* 61 (5): 694-99.
- 65/ Wernicke, J. F., et Christopher J. Kratochvil. (2002). « Safety Profile of Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents with ADHD ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 63 Suppl 12: 50-55.
- 66/ Allen, A. J., R. M. Kurlan, D. L. Gilbert, B. J. Coffey, S. L. Linder, D. W. Lewis, P. K. Winner, et al. (2005). « Atomoxetine Treatment in Children and Adolescents with ADHD and Comorbid Tic Disorders ». *Neurology* 65 (12): 1941-49
- 67/ Lauth, Bertrand. (2004). « L'utilisation des antidépresseurs aujourd'hui en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ». *Perspectives Psy* Vol. 43 (1): 34-45.
- 68/ NICE. (2005). « Attention deficit hyperactivity disorder: pharmacological and psychological interventions in children, young people and adults ». Appraisal Consultation Document.
- 69/ Verreault, M., and C. Berthiaume. (2010). « Efficacité D'une Thérapie Cognitivo-Comportementale Auprès D'enfants Présentant En Concomitance Un Trouble Déficitaire de L'attention Avec Ou sans Hyperactivité et Un Trouble Anxieux. » *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, Troubles déficitaires de l'Attention / Hyperactivité et thérapies comportementales et cognitives, 20 (3) : 93–98.
- 70/ Verreault, Martine, Claudia Verret, Line Massé, Philippe Lageix, and Marie-Claude Guay. (2011). « Impacts D'un Programme D'interventions Multidimensionnel Conçu Pour Les Parents et Leur Enfant Ayant Un TDAH Sur Le Stress Parental et La Relation Parent–enfant. » *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement* 43 (3) : 150–60.
- 71/ Gould, Karen L., Melanie Porter, Heidi J. Lyneham, et Jennifer L. Hudson. (2018). « Cognitive- Behavioral Therapy for Children With Anxiety and Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 57 (7): 481-490.e2.

- 72/ Bader, Michel. (2014). « La remédiation cognitive : une nouvelle approche du tdah. » *Le Journal des psychologues*, no. 320(September) : 41–44.
- 73/ Giroux, S., V. Parent, and M. -C. Guay. (2010). « La Remédiation Cognitive et La Remédiation Métacognitive Pour Les Personnes Ayant Un TDAH : Deux Stratégies D'intervention Novatrices et Pourquoi Pas Complémentaires ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20 (3) : 87–92.
- 74/ Verret, Claudia, Line Massé, and Jeanne Lagacé-Leblanc. (2018). « Implantation et Évaluation D'un Programme D'entraînement Aux Habiletés Sociales Chez Les Enfants Ayant Un Trouble Du Déficit de L'attention Avec Hyperactivité. » *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, Actualités de la TCC chez les enfants, les adolescents et leurs familles, 28 (3) : 103–113.
- 75/ Conway, Francine. (2012). « Psychodynamic Psychotherapy of ADHD : A Review of the Literature ». *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 49 (3) : 404-17.
- 76/ Jeammet, Philippe. (2002). « Démystifier les psychotropes : un outil parmi d'autres ». *Revue française de psychanalyse* 66 (2) : 423-31.
- 77/ Celestin-Westreich, S., and L. -P. Celestin. (2008). « Ajustements Cognitivoémotionnels Familiaux Face Au Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH). » *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 166 (5) : 343–49.
- 78/ Montoya, A., F. Colom, et M. Ferrin. (2011). « Is Psychoeducation for Parents and Teachers of Children and Adolescents with ADHD Efficacious? A Systematic Literature Review ». *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 26 (3): 166-75.
- 79/ Hauth-Charlier, Stéphane. (2009). « Évaluation du Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfant ayant un TDA/H issus d'une population française ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 19 (4): 163-66.
- 80/ Hauth-Charlier, S., et C. Clément. (2009). « Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques ». *Pratiques Psychologiques* 15 (4): 457-72.
- 81/ Vigo, Sylvie, et Nathalie Franc. (2012). « Chapitre 4. Le programme de Barkley ». *Parentalites*, 87-113.
- 82/ Hauth-Charlier, Stéphane, et Céline Clément. (2014). « Abord développemental du TDAH: Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. [Development of ADHD: Efficacy of a parenting skills training program.] ». *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 46 (2): 107-16.

- 83/ Inserm. *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2004, XII- 553 p. - (Expertise collective).
- 84/ Gittelman R., Abikoff H., Pollack E., Klein D.F., Katz S., Mattes J. (1980). « A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. » *Hyperactive children : the social ecology of identification and treatment*. New York Academic : 221-243.
- 85/ Pelham We J.R., Wheeler T, Chronis A. (1998). « Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder ». *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 27 : 190-205.
- 86/ Crettenand, Marie-Laure, et Anne-Thérèse Cucchia. (2006). « Indications et contre-indications à la thérapie d'orientation systémique ». *Perspectives Psy* Vol. 45 (3): 267-73.
- 87/ Airenti Gabriella. (2001). « Le rôle des représentations dans le développement de la capacité communicative ». *Intellectica. Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive*, n°32 (1). Conscience et Spatialité. pp. 155-183.
- 88/ Brisset, Christine. (2010). « Entre recherche sur le développement du jeune enfant et prescriptions officielles pour la maternelle ». *Carrefours de l'éducation* n° 30 (2): 57-90.
- 89/ Barkley, R. A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D., & Fletcher, K.E. (1992). « A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-462.
- 90/ Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- 91/ Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1991). « Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 752–861.
- 92/ Bjornstad, Gretchen J, and Paul Montgomery. (2005). “Family Therapy for Attention-Deficit Disorder or Attention-Deficit/hyperactivity Disorder in Children and Adolescents.” In *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd.
- 93/ Horn W.F., Ialongo N.S., Pascoe J. M., Greenberg G, Packard T. (1991). “Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30(2): 233-240.
- 94/ Robin, Arthur L. (2014). « Family Therapy For Adolescents with ADHD ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics North America*, 23 : 747–756.

- 95/ Grange-Ségéral, Évelyne, et Françoise Aubertel. (2009). « Être seul en présence de sa famille : enjeux et impacts de l'adolescence dans la groupalité familiale en thérapie ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* n° 53 (2): 29-39.
- 96/ Sourgen, Jean-Louis. (2017). « La thérapie familiale psychanalytique a-t-elle sa place dans le traitement du TDAH ? » *Le Divan familial* N° 39 (2): 105-20.
- 97/ Barkley, R.A. *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*, Guilford Press, 2013.
- 98/ Bydlowski, Monique. *La dette de vie*. Presses Universitaires de France, 2008.
- 99/ Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K. et al. (2009). « A meta-analysis of behavioral for attention-deficit/hyperactivity disorder ». *Clinical Psychology review*, 29, 129-140.
- 100/ Chronis, A.M., Jones, H.A. et Raggi, V.L. (2006). « Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder ». *Clinical Psychology Review*, 26(4), 486-502.
- 101/ Greenhill, L.L., Posner, K., Vaughan, B.S. et Kratochvil, C.J. (2008). « Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 347-366.
- 102/ Van der Oord, S., Prins, P.J., Oosterlaan, J. et Emmelkamp, P.M. (2008). « Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis ». *Clinical Psychology Review*, 28(5), 783-800.
- 103/ Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W.E. et al. (2000). « Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 569-583.

## **Annexe 1 : Questionnaire à l'attention des professionnels du CETF**

### **Évaluation et prise en charge du symptôme agitation/instabilité psychomotrice de l'enfant en consultation familiale**

**1/ Combien de familles consultent au CETF en moyenne par an ?**

**2/ Quelle est la part de la problématique « agitation/instabilité de l'enfant » dans vos consultations ?**

- 0 -25 %
- 25-75 %
- supérieur à 75 %

**3/ Parmi les enfants que vous recevez pour des difficultés en lien avec des troubles du comportement, combien ont un diagnostic de TDAH posé par un professionnel ?**

- Tous
- Plus de la moitié
- Moins de la moitié
- Aucun

**4/ Dans quelle proportion sont présents les troubles de l'attachement dans ces familles ?**

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

**5/ Quelles sont les diagnostics régulièrement associés à la symptomatologie « agitation » ?**

- TED
- Trouble anxieux
- Psychose infantile
- Traumatisme individuel ou familiale
- Trouble de l'humeur
- Autre :

**6/ Le symptôme « agitation/instabilité » reste-t-il la plainte principale après la 1ère séance? Sinon vers quelle problématique la demande évolue-t-elle ?**

- Oui**
- Non :**

**7/ Selon vous combien de séances en moyenne sont nécessaires pour voir évoluer « l'agitation/instabilité » et émerger les questions relatives aux relations intra familiales ?**

- < 5**
- 5 à 10**
- > 10**

**8/ D'après vous la thérapie familiale est-elle nécessaire pour la prise en charge de ces familles ?**

- en 1ere intervention**
- associée ou après une prise en charge individuelle**
- pas systématiquement**
- pas du tout**

**9/ Quel est votre avis sur la place du diagnostic de TDAH dans la clinique actuelle de l'enfant?**

**10/ Quelle est votre fonction professionnelle en dehors du CETF (médecin, psychologue, infirmier, assistante sociale...)?**

## Annexe 2

**Échelle d'évaluation Connors pour les parents, version révisée (longue) 1997**

Nom de l'enfant:.....garçon ..... fille.....  
 Date de naissance:.....âge:.....niveau académique:.....  
 Compilée par.....date:.....

**Donnez une cote de 0 (jamais), 1 (un peu), 2 (moyennement), 3 (souvent).**

**L'enfant:**

cotation :

	0	1	2	3
1- Est colérique et rancunier.....	....	....	....	....
2- A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs.....	....	....	....	....
3- Bouge tout le temps ou semble motorisé.....	....	....	....	....
4- Est timide, vite effrayé.....	....	....	....	....
5- Refuse carrément tout compromis, changement.....	....	....	....	....
6- N'a pas d'ami(e)s.....	....	....	....	....
7- Souffre de maux d'estomac.....	....	....	....	....
8- Se bagarre.....	....	....	....	....
9- Voudrait fuir, renâcle, ou a des difficultés à débiter et soutenir un effort mental (travaux en classe ou devoirs à la maison).....	....	....	....	....
10- A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux ou ses jeux.....	....	....	....	....
11- Discute les propos des adultes.....	....	....	....	....
12- Ne réussit pas à terminer ce qu'il doit faire.....	....	....	....	....
13- A des comportements difficiles à gérer dans les magasins.....	....	....	....	....
14- Est craintif face aux nouvelles personnes.....	....	....	....	....
15- Ne cesse de vérifier ses affaires.....	....	....	....	....
16- Perd rapidement ses camarades.....	....	....	....	....
17- Souffre de divers malaises, de douleurs.....	....	....	....	....
18- Est agité ou très actif.....	....	....	....	....
19- A de la misère à se concentrer à l'école.....	....	....	....	....
20- Semble ne pas écouter ce qu'on lui dit.....	....	....	....	....
21- En crise de colère, perd le contrôle.....	....	....	....	....
22- Doit avoir une surveillance continue pour terminer une tâche.....	....	....	....	....
23- Court partout ou grimpe sans retenue dans les endroits dangereux.....	....	....	....	....
24- Craint les nouvelles situations.....	....	....	....	....
25- Est tatillon dans ses habitudes de propreté.....	....	....	....	....
26- Ne sait pas comment se faire des ami(e)s.....	....	....	....	....
27- Commence à présenter certains malaises, des douleurs ou maux d'estomac avant de partir pour l'école.....	....	....	....	....
28- Est facilement excitable et impulsif.....	....	....	....	....
29- Ne respecte pas les consignes et ne réussit pas à terminer à temps ses travaux scolaires (sans lien avec l'opposition ou la compréhension des directives)...	....	....	....	....
30- A des difficultés d'organisation dans ses travaux ou ses activités.....	....	....	....	....
31- Est irritable.....	....	....	....	....
32- Ne cesse de se tortiller.....	....	....	....	....
33- A peur de rester seul.....	....	....	....	....
34- Doit toujours faire les choses de la même façon.....	....	....	....	....
35- N'est pas invité chez les camarades.....	....	....	....	....
36- Souffre de maux de tête.....	....	....	....	....
37- N'arrive pas à terminer ce qu'il commence.....	....	....	....	....
38- Est inattentif ou se laisse distraire facilement.....	....	....	....	....
39- Parle trop.....	....	....	....	....
40- Défie ouvertement l'adulte ou refuse de respecter ses demandes.....	....	....	....	....

41- Ne se préoccupe pas des détails ou fait des erreurs d'inattention dans ses devoirs, tâches ou autre activités.....	.....	.....	.....	.....
42- N'aime pas attendre son tour dans les files, les jeux, les activités de groupe.....	.....	.....	.....	.....
43- Présente de nombreuses peurs.....	.....	.....	.....	.....
44- Souffre de certains rituels qu'il se doit d'accomplir.....	.....	.....	.....	.....
45- Se laisse vite distraire, ou ne reste pas longtemps sur une tâche.....	.....	.....	.....	.....
46- Se dit malade, même quand il est en parfaite santé.....	.....	.....	.....	.....
47- A des accès de colère.....	.....	.....	.....	.....
48- Se laisse distraire alors même quand il a reçu une consigne précise.....	.....	.....	.....	.....
49- S'ingère ou envahit les affaires des autres (la conversation ou les jeux).....	.....	.....	.....	.....
50- Est étourdi, irréfléchi dans les activités du quotidien.....	.....	.....	.....	.....
51- A des difficultés en mathématiques.....	.....	.....	.....	.....
52- Se met à courir entre deux prises de nourriture.....	.....	.....	.....	.....
53- A peur du noir, des animaux ou des insectes.....	.....	.....	.....	.....
54- Se fixe des objectifs très élevés.....	.....	.....	.....	.....
55- Bouge des mains, des pieds ou se tortille, sur la chaise.....	.....	.....	.....	.....
56- Ne se concentre pas longtemps.....	.....	.....	.....	.....
57- Est susceptible ou facilement mécontent face aux autres.....	.....	.....	.....	.....
58- A une écriture négligée.....	.....	.....	.....	.....
59- A des difficultés à s'amuser, ou poursuivre ses loisirs dans le calme.....	.....	.....	.....	.....
60- Est réservé, en retrait des autres.....	.....	.....	.....	.....
61- Rend les autres responsables de ses fautes ou de ses comportements.....	.....	.....	.....	.....
62- Ne tient pas en place.....	.....	.....	.....	.....
63- Est brouillon ou mal organisé et ordonné à la maison ou l'école.....	.....	.....	.....	.....
64- Ne supporte pas qu'un autre touche ses affaires.....	.....	.....	.....	.....
65- S'accroche à ses parents ou autres adultes.....	.....	.....	.....	.....
66- Dérange les autres enfants.....	.....	.....	.....	.....
67- Agace délibérément pour ennuyer.....	.....	.....	.....	.....
68- Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon vite frustré.....	.....	.....	.....	.....
69- Ne fait attention qu'à ce qui l'intéresse vraiment.....	.....	.....	.....	.....
70- Se montre rancunier, vindicatif.....	.....	.....	.....	.....
71- Perd le matériel nécessaire à son travail ou à la poursuite de ses activités (devoirs scolaires, crayons, livres, outils, ou jouets.....	.....	.....	.....	.....
72- Se dévalorise par rapport aux autres.....	.....	.....	.....	.....
73- Semble tout le temps fatigué ou fonctionner au ralenti.....	.....	.....	.....	.....
74- Est faible en orthographe.....	.....	.....	.....	.....
75- Éclate vite en sanglots.....	.....	.....	.....	.....
76- Quitte son siège en classe ou autres situations quand il doit rester assis.....	.....	.....	.....	.....
77- Change d'humeur de manière subite et radicale.....	.....	.....	.....	.....
78- Devient facilement frustré dans ses efforts.....	.....	.....	.....	.....
79- Est facilement distrait par ce qui l'entoure.....	.....	.....	.....	.....
80- Répond sur l'impulsion du moment avant même la fin de la question.....	.....	.....	.....	.....

Collaboration franco-canadienne, en traduction libre et non-autorisée, du texte original de C. Keith Conners, Ph.d., par les Drs Claude Jolicœur, m.d. Canada et Pierre Laporte, Ph.d. (doctorat psychologie), France. Projet d'autorisation, février 2006. Visiter le site propriétaire, [www.mhs.com](http://www.mhs.com), pour obtenir les notations officielles standardisées.

## Annexe 3

# Échelle d'évaluation SNAP-IV 26

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Rempli par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour chacune des questions, veuillez cocher la colonne qui décrit le mieux l'enfant

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Non évalué
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires					
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux					
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement					
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires					
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités					
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu					
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex. devoirs de classe, stylos ou livres)					
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes					
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne					
10. Agite souvent les mains ou les pieds					
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis					
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié					
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir					
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était « monté sur des ressorts »					
15. Parle souvent trop					
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée					
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour					
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. intervient dans les conversations ou dans les jeux)					
19. Se met souvent en colère					
20. Contesté souvent ce que disent les adultes					
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes					
22. Contrarie souvent les autres délibérément					
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite					
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres					
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment					
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)					

VOIR SUITE AU VERSO ►

# Annexe 4

## Cotation de l'Attention-Déficit with Hyperactivity Rating Scale IV (ADHD-RS)

DuPaul, Power, Anastopoulos et al.  
ADHD Rating-Scale IV : Checklist, Norms and Clinical Interpretation, New York, NY : Guilford Press, 1998.

L'ADHD-RS IV est un outil très commun dans l'évaluation des symptômes du Trouble: Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Il est facile à utiliser pour un clinicien et sa passation dure environ 15 minutes. Dans la plupart des études cliniques, un score supérieur ou égal à 28 est requis pour qualifier un TDAH significatif. Toutefois, le diagnostic de TDAH est avant tout clinique, et repose sur des critères diagnostiques qu'un score total à une échelle d'évaluation ne saurait remplacer. Au surplus, à notre connaissance, il n'existe pas de normes en population générale française permettant de valider ce score-seuil de 28.

Les pages suivantes permettent de guider le clinicien dans la cotation de l'ADHD-RS. L'application de ces conseils permettra d'obtenir une bonne validité inter-cotateur dans l'intérêt des patients. L'intitulé des items a été modifié mais pas leur numéro d'ordre, ceci pour ne pas enfreindre la loi sur le copyright...

Les 18 items de l'ADHD-RS sont cotés sur une échelle de 4 points :

- 0 : Rarement ou jamais
- 1 : Quelques fois
- 2 : Souvent
- 3 : Très souvent

Le clinicien doit prendre en compte dans son évaluation :

- la fréquence du comportement
- le niveau de gêne due au comportement
- le niveau développemental

Il peut être utile de garder les trois tableaux suivants sous les yeux pendant l'entretien clinique.

### Cotation de l'ADHD-RS IV Dr Hervé CACI, Nice, France

Cotation des items de l'ADHD-RS selon la fréquence du comportement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Rarement observé ou rapporté	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains jours</li> <li>- Certains moments</li> <li>- Demande une légère surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La plupart des jours</li> <li>- La plupart du temps</li> <li>- Les « bons » jours sont occasionnels</li> <li>- Nécessite plus qu'une surveillance moyenne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les jours</li> <li>- Presque tout le temps</li> <li>- Nécessite une surveillance « continue »</li> </ul>

Cotation des items de l'ADHD-RS selon la fréquence du comportement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Aucune gêne fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne légère à modérée</li> <li>- Pire dans certaines situations</li> <li>- L'adulte en charge de l'enfant peut gérer cette charge</li> <li>- Effet minimal sur la qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne modérée dans presque toutes les situations</li> <li>- Retentissement significatif sur l'adulte en charge de l'enfant</li> <li>- Retentissement sur la qualité de vie de la famille</li> <li>- L'intervention directe d'un membre de la famille donne quelques résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne importante dans toutes les situations</li> <li>- Retentissement significatif sur tous les membres de la famille</li> <li>- Diminution importante de la qualité de vie de la famille</li> <li>- L'intervention de la famille n'a aucun effet</li> </ul>

Cotation des items de l'ADHD-RS selon le niveau de développement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Pas de différence avec les enfants du même âge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un peu différent des autres enfants</li> <li>- Des questions sont posées mais pas d'évitement actif des autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nettement différent des autres enfants</li> <li>- Évitement de la part des pairs ou d'adultes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très différent des autres enfants</li> <li>- Les enfants et/ou les adultes (proches) préfèrent éviter</li> </ul>

**Cotation de l'ADHD-RS IV**  
**Dr Hervé CACI, Nice, France**

<b>Comment interpréter les items d'inattention (items pairs) de l'ADHD-RS ?</b>	
<b>1. Etourderies</b>	S'intéresser au travail qui est en-deçà du niveau de compétence de l'enfant. Un enfant qui ne vérifie pas ses réponses. Le travail est peu soigné ou fait de manière précipitée (par exemple, ne tourne pas la page d'énoncés, laisse tomber des exercices, met ses jouets dans la bonne pièce sans vraiment les ranger, etc.)
<b>3. Difficultés de concentration</b>	Durée d'attention limitée lorsqu'on lui demande d'écouter. Le niveau est bon au début mais l'ennui le gagne. S'évade en pensée, rêve. La pensée dérive sans distracteur externe. Difficulté à se concentrer ou à maintenir sa concentration.
<b>5. N'écoute pas</b>	L'enfant ne répond pas (verbalement ou autrement) ou ne montre aucune réaction lorsqu'on s'adresse à lui directement. Il peut n'y avoir aucun contact visuel ou acquiescement du chef. Les adultes demandent s'il a entendu ce qu'ils viennent de lui dire. <b>IL NE S'AGIT PAS D'UNE OPPOSITION.</b>
<b>7. Ne suit pas les instructions</b>	Ne peut terminer les choses qu'avec une soutien rapproché sinon il abandonne en route. Laisse inachevé de nombreux projets. Du mal à revenir sur une tâche après une interruption. Du mal à aller au bout des choses mais à la demande des autres.
<b>9. Difficultés d'organisation</b>	Ne peut pas faire les choses dans le temps imparti parce qu'il les fait dans le désordre (par ex. se préparer pour le coucher). Systématiquement en retard. Ne peut organiser les priorités. Malpropre ou désorganisé. Ne peut pas organiser des projets complexes.
<b>11. Évite l'effort mental</b>	L'enfant est réticent voire refuse de commencer des tâches ou des activités difficiles ou longues. Il procrastine. Il faut beaucoup insister pour qu'il commence ; il se plaindra, argumentera ou pleurnichera. Évite activement les tâches ménagères ou les activités en flânant ou en quittant la pièce.
<b>13. Égare des choses</b>	L'enfant ne sait où se trouvent les choses. Il cherche en permanence des choses ou demande où sont les crayons, ses jouets, ses gants, ses habits, son travail scolaire (devoirs à faire ou à rendre), etc.
<b>15. Distractible</b>	Un stimulus externe (presque n'importe quel son ou bruit) fait dévier l'enfant de l'activité en cours. Il est distrait par des choses peu importantes qui surviennent autour de lui. Du mal à filtrer les stimuli externes.
<b>17. Oublieux</b>	L'enfant n'est pas prêt parce qu'il n'a pas emporté, mentionné ou dit quelque chose ; par exemple, il oublie de faire des devoirs ou des tâches quotidiennes (nourrir les animaux familiers ou faire des tâches ménagères), il retourne sur ses pas pour récupérer des objets oubliés, etc.

Version du 25 juin 2011

page 3 sur 4

**Cotation de l'ADHD-RS IV**  
**Dr Hervé CACI, Nice, France**

<b>Comment interpréter les items d'hyperactivités-impulsivité (items impairs) de l'ADHD-RS ?</b>	
<b>2. S'agite continuellement</b>	L'enfant remue sur son siège. Il ne peut pas rester assis correctement, touche des objets à sa portée, ou fait des choses avec ses mains (tortille une mèche de cheveux, etc.), ou tapote avec les doigts ou bouge les jambes.
<b>4. Se lève sans autorisation</b>	A table, à l'école, à l'église, à son bureau pendant les devoirs ou au cinéma, l'enfant ne peut rester longtemps assis. Il se lève sans autorisation ou exprime le besoin de se lever.
<b>6. Court et saute</b>	Chez les enfants plus âgés, on parle de nervosité. Les plus jeunes grimpent sur les meubles (sautent par dessus le dossier pour savoir dans un canapé, par exemple) ou dans les arbres, sautillent sur les murets, marchent trop vite ou courent tout le temps.
<b>8. Difficultés pour rester calme</b>	L'enfant fait des bruits en jouant ou est toujours bruyant. Ne peut regarder une émission silencieusement ; bruyant même dans les moments de détente.
<b>10. « Sur la brèche »</b>	L'enfant fait les choses rapidement, il préfère des tâches « actives ». Il est toujours pressé. Il sollicite l'adulte, il est à la recherche quasi-permanente d'activités et exprime son ennui s'il ne trouve pas d'activité suffisamment prenante.
<b>12. Parle trop</b>	Parle trop. Les autres ne peuvent pas en place un mot.
<b>14. Répond trop vite</b>	L'enfant parle avant que les parents et/ou l'enseignant ait fini de parler. Il veut être le premier à répondre. Il dit des choses sans réfléchir. Dans une situation d'échanges verbaux, l'enfant répond toujours trop vite.
<b>16. Impatient</b>	Impatient. L'enfant commence à agir avant que les instructions aient été toutes données. Il ne peut pas supporter d'attendre dans une file d'attente (même dans les parcs d'attraction). Facilement frustré lorsqu'on lui demande d'attendre.
<b>18. Interrompt, dérange, gêne</b>	En dehors de tout échange verbal. Par exemple, lorsque l'adulte discute avec quelqu'un ou parle au téléphone l'enfant le tire par le bras, l'interrompt ou le dérange. L'enfant dépasse les limites ou viole l'espace des autres. Il peut faire irruption dans un jeu ou une situation sociale sans être invité.

Version du 25 juin 2011

page 4 sur 4

## RESUME

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble développemental d'origine multifactorielle et un des motifs les plus fréquents de consultation pédopsychiatrique. Il suscite depuis plusieurs années un intérêt grandissant dans le domaine de la recherche clinique. La diversité des approches thérapeutiques continue à faire débat. L'approche européenne tend à prendre en compte le trouble dans son contexte environnemental et en particulier au sein du système familial. A l'heure actuelle, nous savons que l'environnement familial, social, et en particulier les interactions précoces, jouent un rôle dans l'apparition et l'évolution du TDAH. Parallèlement, par ses mécanismes psychopathologiques cognitifs et comportementaux, le trouble a un impact majeur au quotidien sur la dynamique familiale.

Notre revue de la littérature montre la place que prend l'environnement familial dans l'histoire du trouble, et la nécessité d'une prise en charge multimodale précoce. Bien que de nombreuses prises en charge autour de la famille se développent ces dernières années, des efforts restent à faire, notamment en ce qui concerne l'indication des thérapies familiales dans le TDAH. La thérapie familiale est largement répandue dans la prise en charge de divers autres troubles psychiatriques mais il existe peu d'études récentes évaluant leur intérêt dans le TDAH. Les études existantes notent une efficacité en termes de fonctionnement familial et de dynamique relationnelle, ainsi qu'une meilleure gestion des comportements problématiques. Lorsque l'on interroge les thérapeutes familiaux, le trouble représente moins d'un quart de leurs entretiens cliniques. Pourtant, selon eux, la thérapie familiale aurait toute sa place dans la prise en charge du trouble, en complément d'une prise en charge individuelle et/ou d'une médication.

Un renforcement du soutien à la parentalité dès la grossesse et en post partum, dans les familles à risques, serait une autre piste pour prévenir l'apparition du trouble et limiter son impact sur l'environnement de l'enfant.

*Mots clés : Trouble déficitaire de l'attention, Hyperactivité, Attachement, Groupes d'habiletés parentales, Thérapie familiale.*